

**2011 Member Formulary**

**2011 Formulario de Miembros**



**Preferred Drug List  
Generic Medication Policy  
Dispensing Limitations  
Prescribing Guidelines**

**Lista de Medicamentos Preferidos  
Reglas de Medicamentos Genéricos  
Dispensando Limitaciones  
Directriz de Recetas**

formulary

**ClearScript<sup>SM</sup>**

NPS  
PROCESSING

## **INTRODUCTION**

For the most up-to-date information about National Pharmaceutical Services®/Pharmaceutical Technologies, Inc.® (P.T.I.®) Formulary (the Formulary), please see the Formulary information on our website at [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). This Formulary includes most, but not all, therapeutic classes of prescription drugs and is subject to change at any time upon review by PTI. Our national Formulary is reviewed each quarter by a Pharmacy and Therapeutics (P&T) Committee. The Formulary applies only to outpatient prescription medications dispensed by participating pharmacies. It does not apply to inpatient medications or the medications obtained from and/or administered by a physician. All information in the Formulary is provided as a reference for drug therapy selection. Physicians and pharmacists are encouraged to review the Formulary and utilize it when prescribing for our members. This is extremely important since a member's prescription benefit is based on medications being prescribed from the Formulary. The Formulary is not intended to interfere with independent medical judgment that is based upon the patient-physician relationship. The final choice of specific drug selection for an individual patient rests solely with the prescriber. Products on the Formulary may not include all strengths or dosage forms associated with the brand name product. All drugs included on the Formulary are not necessarily covered by each member's prescription drug benefit plan. *The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans. Coverage of listed products will be subject to limitations of the prescription drug benefit plan design. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage.*

## **DEVELOPMENT OF THE DRUG FORMULARY**

The multitude of drugs available in the consumer market makes it mandatory that plans introduce a sound program of drug usage. This tool is developed to ensure members receive the best care and protection possible in a cost-effective manner. Such a program should involve the thorough evaluation, selection, and use of medicinal agents. This is the basis for rational drug therapy. The concept of a Formulary provides a method for achieving rational drug therapy in a cost-effective manner, while providing optimal therapeutic outcomes for the member. The Formulary is the cornerstone of drug therapy quality assurance and cost containment efforts. A Formulary supports and maximizes the effectiveness of prescribing guidelines and protocols for therapy. As such, the development and maintenance of the Formulary is necessarily an on-going and dynamic process.

The Formulary is a continually revised compilation of pharmaceuticals which reflects the current clinical judgment of the Pharmacy and Therapeutics Committee as they evaluate, appraise, and select from the numerous available medicinal agents and dosage forms that are considered most useful in patient care. The P&T Committee considers published scientific and clinical data, treatment guidelines, FDA approved indications, plan utilization and cost in the selection process. It is the ultimate goal of the P&T Committee to make the Formulary comprehensive, pro-active, and easy to use.

The Formulary system also serves other purposes. By minimizing duplication, it lowers the costs to clients of PTI of providing the prescription drug card benefit to its members. All of these factors result in lower drug costs for the drug benefit plan. Some drugs that are included in the Formulary may be excluded from coverage under certain benefit plans. The Formulary is designed around the drug product's ability to restore the member's health and sustain or improve their quality of life. As you use the Formulary, we invite your suggestions to improve the format or content. On behalf of our self-insured employer groups, Pharmacy SmartCard members, and all at-risk plans, we want to thank you for your cooperation in using our global Formulary.

## **MENTAL HEALTH PARITY ACT**

The Mental Health Parity and Addiction Equity Act referred to as (MHPEA) of 2008 and its accompanying interim final rules require that management for mental health and substance use disorder medications follow the same development approach and rules as medications for other conditions.

The NPS formulary has subdivided the prescription drug classification into tiers and applies the general parity requirement separately to each tier of prescription drug benefits. For plans that impose different levels of financial requirements on different tiers (i.e. a tiered benefit plan) of prescription drugs, these factors are based on reasonable factors (such as cost, efficacy, generic versus brand name, and mail order versus pharmacy pick-up), and determined in accordance with the requirements for non-quantitative treatment limitations, and without regard to whether a drug is generally prescribed with respect to medical/surgical benefits or mental health or substance use disorder benefits. Since the NPS formulary and tiering structure is developed the same with the same principles applied to all categories of medication, with no specific criterion differentiating mental health drugs, and does not require more restrictive requirements for drugs prescribed for mental health conditions and substance use disorders than any other general medical/surgical use drug; the NPS formulary is in compliance with this regulation.

## **PHARMACY AND THERAPEUTICS (P&T) COMMITTEE**

The P&T Committee includes physicians and pharmacists. They must adhere to the standards of the ethics policy set forth by the P&T Committee. They review the medications in each therapeutic class for efficacy, adverse events, and cost of treatment, and then select agents in each category for inclusion/exclusion in the Formulary. The maintenance of the Formulary is a dynamic process, and new medications and information concerning existing medications are continually reviewed by the P&T Committee.

## **PRODUCT SELECTION CRITERIA**

When a new drug is considered for Formulary inclusion, an attempt will be made to examine the drug relative to similar drugs currently on Formulary. In addition, entire therapeutic classes are periodically reviewed. The class review process may result in deletion or non-Formulary (NF) status of drug(s) in a particular therapeutic class, in an effort to continually promote the most clinically useful and cost-effective agents.

A central factor in successful management of the Formulary is the review and evaluation of the drug products available in the consumer market and a means to make changes to the Formulary in response to changing therapies and economic factors. The P&T Committee utilizes the following criterion in the evaluation of product selection for the Formulary:

- a) The drug product must demonstrate unequivocal safety for medical use.
- b) The drug product must be efficacious and be medically necessary for the treatment, maintenance, or prophylaxis of a medical condition.
- c) The drug product does not have alternative/similar agents on the Formulary that could be substituted.
- d) The drug product must demonstrate a therapeutic outcome.
- e) The medical community must accept the drug product for use.
- f) The drug product must have an equitable cost ratio for the treatment of the medical condition.

## **FORMULARY CONTROL MEASURES**

To promote the most appropriate utilization of selected high risk or higher cost medications, PTI will use one or a combination of the following to enforce Formulary compliance. (1) NDC lock and block at the point of sale, (2) Formulary filling fee incentives for pharmacists, (3) co-pay differentials for members, (4) on-line Formulary messaging, (5) prior authorization, (6) dollar limits per claim before prior authorization and (7) quantity limitations. The P&T Committee has established Formulary criteria with input from participating physicians and consideration of current medical literature.

## **FORMULARY MODIFICATION/QUESTIONS**

If a physician requests that a new or existing medication be considered for addition to the Formulary, a letter indicating the significant advantages of the drug product over current Formulary medications in this class should be mailed to the following address: Chairman, Pharmacy and Therapeutics Committee • Pharmaceutical Technologies, Inc. • P.O. Box 407 • Boys Town, NE 68010. Or e-mail [formulary@pti-nps.com](mailto:formulary@pti-nps.com).

## **THREE-TIER FORMULARY CO-PAYMENT STRUCTURE**

This Formulary is divided into three tiers and is color coded to easily identify the status of a particular agent in a therapeutic category on the Formulary. The 1st tier contains generic drugs. All generic medications are included in the first tier and are considered the preferred agents. Generic drugs offer an excellent value to the consumer because they are chemically identical to brand drugs but are priced at a fraction of the cost of the corresponding brand drug. The U.S. Food and Drug Administration (FDA) requires that generic drugs provide the same effectiveness and safety as their brand name counterparts. The FDA requires drug manufacturers to show that the generic version enters the bloodstream the same way, contains the same amount of active ingredient, comes in the same dosage form and is taken the same way as the brand name drug. Members will pay the lowest co-payment for generic medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the green shaded column. The 2nd tier contains Preferred Brand Name Medications. These are medications that are still patent protected and may not have generic alternatives available. The P&T Committee has reviewed these medications and found them to either be therapeutically superior, offer a better outcome for the member, or provide the same therapeutic effect, but save the plan sponsor money compared to an agent in the 3rd tier. Members will pay the middle co-payment for Preferred Brand Name Medications. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the yellow shaded column. The 3rd tier lists the Non-Preferred Brand Name Medications. These are brand-name drugs that either have equally effective and less costly generic equivalents or may have one or more alternative Preferred Brand Name Medications available in the 2nd tier that provide the same therapeutic effect. You or your doctor may decide that a medication in this category is best for you. If you choose a 3rd tier drug, you may be covered at the highest co-payment level, which still represents a significant savings to you compared to the medication's full retail cost. These agents can be easily identified in the Formulary as the agents in the red shaded column. Refer to your benefit materials, or call the PTI/NPS Help Desk telephone number on your ID card, to determine what level of coverage you have for your prescription drugs.

## **FORMULARY ALTERNATIVES**

Suggested therapeutic alternatives are selected drug products that represent options to non-Formulary medications. On-line Formulary messaging gives pharmacists suggested alternatives for non-preferred agents. Formulary alternatives represent opportunities to help the pharmacy benefit plan sponsor keep the benefit affordable and sustainable. In a three-tier Formulary, preferred alternatives result in lower co-payments for patients and save plan sponsors benefit dollars. Formulary alternatives require the prescriber's authorization and are recommended only after considering patient-specific disease states, contraindications, therapeutic history, present medications and other relevant circumstances.

## **THERAPEUTIC INTERCHANGE (TI) POLICY**

The use of therapeutic interchange programs as part of a comprehensive approach to quality, cost-effective patient care is recommended. Therapeutic interchange is the practice of replacing, with the prescribing physician's approval, a prescription drug originally prescribed for a patient with a prescription drug that is its therapeutic equivalent. Two or more drugs are considered therapeutically equivalent if they can be expected to produce identical levels of clinical effectiveness and sound medical outcomes in patients. The term therapeutic interchange must be distinguished from the term therapeutic substitution. Therapeutic substitution has been defined as a practice in which the pharmacist can substitute any drug believed by the pharmacist to have a similar therapeutic effect as the drug prescribed, without the approval of the prescriber. Therapeutic interchange involves the collaboration of pharmacists and prescribers in reviewing available drug products with equivalent therapeutic effects in order to provide patients with the safest, most rational, and most cost-effective drug therapy. Therapeutic interchange ensures that prescribers are informed regarding drug therapy options. The prescriber retains the authority to decide upon the patient's ultimate therapy. Therapeutic interchange programs are guided by clinically-based prescribing guidelines that are reviewed by the P&T Committee. However, therapeutic interchange is not always about lower drug costs. Therapeutic interchange often occurs when overall healthcare savings can be achieved. Replacing one drug with a more expensive one may result in fewer treatment failures, better patient adherence to the treatment plan, and fewer side effects. Such efficient use of medical resources helps keep medical costs down, improves the patient's access to more affordable healthcare, and enhances the patient's quality of life. Therapeutic interchange requires the authorization of the prescriber. Therapeutic interchange requires the evaluation of each patient prior to changing the medication order. When possible, therapeutic interchange is prospective. When therapeutic interchange is implemented, it is preferable to provide the therapeutic equivalent medication prior to the first dose of prescribed medication. Conducting the therapeutic interchange prior to administration of the first dose to the patient enhances the efficiency of the program and improves patient acceptance.

## **GENERIC DRUG POLICY**

It is the policy of PTI to utilize high quality generic medications when available. A generic drug is identical, or bioequivalent, to a brand name drug in dosage form, safety, strength, route of administration, quality, performance characteristics, and intended use. Although generic drugs are chemically identical to their branded counterparts, they are typically sold at substantial discounts from the brand name price. It is the policy of PTI to encourage pharmacies to utilize the same generic product that was distributed by the same company that was dispensed on the original prescription on all subsequent refills for the drug product selection. In general, the average price of a generic prescription is anywhere from 30-80% less than the average price of a brand-name drug. Pharmacists may drug product select for a pharmaceutically equivalent (as defined by the FDA Orange Book) when state regulations allow. Otherwise, the pharmacist must get approval from the prescribing physician to use the generic equivalent product. PTI does not recommend that generic substitution be exercised with multi-source products that cannot be considered therapeutically equivalent to others in the same category. It is also recommended that generic substitution not be undertaken for any unrated products that might be considered narrow therapeutic index (NTI) drugs or which are known not to be bioequivalent. Finally, it is important to note that state laws and regulations govern the practice of generic substitution for certain drug products. Requests for exception to the generic policy must clearly document specific reasons for medical necessity and appropriateness.

Medications that have generic equivalents available are covered at a generic reimbursement level and should be prescribed and dispensed in the generic form. Maximum Allowable Cost (MAC) limits have been established for specific dosage forms of these drugs. The MAC list sets a ceiling price for the reimbursement of certain multi-source prescription drugs. This price will typically cover the acquisition of most generics but not branded versions of the same drug. The products selected for inclusion on the MAC list are commonly prescribed and dispensed and have gone through the FDA's review and approval process.

Providers are reminded of the following:

1. When generic substitution conflicts with state regulations or restrictions, the pharmacist must get approval from the prescriber to use the generic equivalent.
2. Pharmacists are reminded that a drug preceded by an asterisk indicates one or more (but not necessarily all) forms of the drug are subject to a Maximum Allowable Cost (MAC), and the MAC list should be consulted.
3. If a member insists on the brand name product for a prescription of a medication included in the MAC list after their physician has approved the generic version, the patient will have to pay the cost difference between the brand name drug and the MAC amount (ancillary charge). The appropriate dispense as written (DAW) code of 2 should be utilized when submitting the prescription claim for reimbursement.

## OVER-THE-COUNTER (OTC) MEDICATIONS

Over-the-counter (OTC) products may be covered and some are listed for informational purposes (when available, non-prescription products may be less costly to the plan than a covered product). If a prescription product is available in the identical strength, dosage form, and active ingredient(s) as an OTC product, the prescription product will not be covered. In these instances, physicians and pharmacists should refer participants to the OTC equivalent product. If the member or physician insists on the prescription equivalent product, the member must pay the entire cost of the prescription.

## OFF-LABEL USE OF MEDICATIONS

The Food and Drug Administration (FDA) has required that drugs used in the United States be both safe and effective. The label information or the package insert of a medication indicates drug use only in certain "approved" doses and routes of administration for a particular condition or disease state. The use of a drug for a disease state or condition not listed on the label, or in a dose or by a route not listed on the label, is considered to be a "non-approved" or "un-labeled" or "off-label" use of the drug. A prior authorization is required when a medication is used outside of its FDA approved route of administration, dosage, or indication. Coverage will be determined in the same manner and subject to the same conditions and limitations as any other prescription drug. Prior authorizations for unlabeled uses of medications may be granted provided that: a) the medication is approved by the FDA; and b) two or more peer-reviewed professional medical journals have recognized, based on scientific medical criteria, the safety and effectiveness of the medication or combination of medications, for treatment of the indication for which the medication has been prescribed unless two articles from major peer-reviewed professional medical journals have concluded, based on scientific or medical criteria, that the drug or combination of drugs is unsafe or ineffective or the safety and effectiveness of the drug or combination of drugs cannot be determined for the treatment of the indication for which the drug or combination of drugs has been prescribed.

## EXPERIMENTAL MEDICATIONS

Any medication or drug that has not been approved by the FDA to be both safe and effective for use in the United States will not be covered. This includes both FDA approved and non-approved medications that are in experimental or investigational trials to determine new indications, new routes of administration, or new dosage forms.

## TABLET SPLITTING

Medications listed in the Formulary in **bold print** represent potential 1/2 tablet opportunities for some strengths. In some instances, cutting higher dosage tablets in half can save as much as 50 percent of the prescription drug cost. Your doctor or pharmacist can tell you if tablet splitting will work for you and if there is a cost savings for the specific medications that you are taking.

## PRIOR AUTHORIZATION

To promote appropriate utilization, selected high-risk or high-cost medications may require prior authorization to be eligible for coverage under the member's prescription drug benefit. The P&T Committee has established prior authorization criteria. In order for a member to receive coverage for a medication requiring prior authorization, the member's physician should contact the customer service center at **1-800-546-5677** to obtain a prior authorization request form. Your physician may then be required to document the reason why a Formulary medication is not acceptable for treatment of your disease state or medical condition. Your physician will want to include in his/her letter your diagnosis and previous therapies that have failed.

## MAINTENANCE AND NON-MAINTENANCE MEDICATIONS

Prescription drug card benefit plans often differ in their plan design. In some plans, the benefits may vary depending upon whether the medication is considered to be an acute or a maintenance medication. Your medication co-pay and the quantity of medication you can receive in a prescription can vary depending upon the status of your medication. **Non-Maintenance (Acute) Medications:** Acute medications are medications that are to be used for a short period of time. This can include medications that are given as a starter dose. A starter dose of medication is a medication that may become a maintenance medication based on its generic name and strength and has not been obtained within the previous six-month period. Medications such as antibiotics or other agents that are given to cure or treat a condition from which recovery is predicted are considered curative treatments and are classified as non-maintenance medications, or a short-term medication.

**Maintenance Medications:** Maintenance medications can also be referred to as long-term medications. The following is the criteria that is used to determine if a medication is a maintenance medication: a) The drug has a low probability for dosage or therapy changes due to side effects, serum drug concentration monitoring, or therapeutic response over a course of prolonged therapy; b) The drug's most common use is to treat a chronic disease state when a therapeutic endpoint cannot be determined. (A drug may have an indication for maintenance therapy but lacks the maintenance drug code if that indication is not the most common use of the drug); c) Therapy with the drug is not considered curative or promoting of recovery; and d) The drug is administered continuously rather than intermittently. The criteria listed above are limited to the typical outpatient use of a drug. Dosage forms that are not practical for large dispensing quantities (such as liquids) or have limited expiration dating are excluded. Drugs known for life-threatening toxicity when taken in overdose may be excluded. Non-drug products and non-prescription drug products, with the exception of insulin (if covered by the plan), are excluded.

## NEW DRUGS INTRODUCED INTO THE CONSUMER MARKET

As the U.S. Food and Drug Administration (FDA) approves new drugs and therapies available to the consumer market after the Plan Summary Documents have been distributed, the Drug Benefit Plan reserves the right to extend or deny coverage to these medications after the printing of this document. The Drug Benefit Plan also reserves the right to assign a unique co-pay or coinsurance to these medications and/or limit the quantities of these medications.

Members will receive notices regarding any Drug Benefit Plan modifications concerning drugs or therapies at such time that they present a prescription that is impacted by modifications to the Formulary. Network pharmacies are charged to communicate these updates or changes to the program which may impact a member. The P&T Committee will review new drugs approved by the FDA on a monthly basis. New products with an FDA designation of 1P (FDA priority review – therapeutic advance over currently-marketed drugs) will automatically be considered for addition to the Formulary, even if not requested by a plan. New products with an FDA designation of 1S (FDA standard review – no therapeutic gain over currently marketed drugs) will not generally be considered for addition to the Formulary, unless requested by a plan, or the drug class is currently under review by the P&T Committee. Members wanting to have newly approved therapies considered by the plan may write and/or call the SmartCard<sup>sm</sup> company servicing the plan or may contact the plan administrator.

## STEP THERAPY

Step Therapy is a program especially designed for people who take prescription drugs regularly to treat an ongoing medical condition. The program helps you get the prescription drugs you need, with safety, cost and—most importantly—your health in mind. In Step Therapy, the covered drugs you take are organized in a series of “steps,” with your doctor approving and writing your prescriptions. The program usually starts with generic drugs in the “first step.” These generics—rigorously tested and approved by the U.S. Food & Drug Administration (FDA)—allow you to begin or continue treatment with safe, effective drugs that are also affordable: Your co-payment is usually the lowest with a first-step drug. More expensive brand-name drugs are usually covered in the “second step,” even though the generics covered have been proven to be effective in treating medical conditions. Your doctor is consulted for approval and writes your prescriptions based on the list of Step Therapy drugs covered by the formulary. Step Therapy is developed under the guidance and direction of independent, licensed doctors, pharmacists and other medical experts. They review the most current research on thousands of drugs tested and approved by the Food and Drug Administration for safety and effectiveness. Then they recommend appropriate prescription drugs for the Step Therapy program. The first time you submit a prescription that isn’t for a first-step drug, your pharmacist will tell you there’s a note on the computer system indicating that our plan uses Step Therapy. This simply means that if you’d rather not pay full price for your prescription drug, your doctor needs to write you a new prescription for a first-step drug. With Step Therapy, more expensive brand-name drugs are usually covered in a later step in the program if you’ve already tried the “first-step,” generic drugs covered in the program, you can’t take the “first-step” drug (because of an allergy, for instance), or your doctor decides you need a brand-name drug, for medical reasons. If any one of these applies to you, your doctor can ask for a “prior authorization” for you to take a second-step prescription drug. Once the prior authorization is approved, you pay the appropriate co-payment for this formulary-approved drug. If the prior authorization is not approved, you will need to pay the full price for the drug.

## DISPENSING LIMITATION LIST

The following list represents the P&T Committee recommendations for dispensing or quantity limitations per a specific amount of time. Quantity limit programming has become an acceptable pharmacy plan practice that may be appropriate to place on some medications. The intentions are to safeguard members' health and save plan benefit dollars. This program ensures members do not receive a prescription for a quantity that exceeds recommended plan limits. Limits are set because some medications have the potential to be abused, misused, shared, or have a manufacturer's limit on the maximum dose. These limits have been reviewed by our clinical and medical staff, and the Pharmacy and Therapeutics Committee. The quantity limits are based on FDA approved dosing schedules, current medical practices, evidence based clinical guidelines, and peer-reviewed medical literature related to that particular drug. The inclusion of a medication on this list does not imply coverage under all plans, nor does the inclusion of a dispensing limitation imply that your specific benefit plan also has the same limitation. **Plans may elect their own limitations. Members should consult their prescription drug benefit manual or contact a customer service representative to determine specific coverage and/or inclusion of a medication in the dispensing limitations list, as the list is subject to change.**

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Ability .....	30 tabs/30 days	Astupro .....	1 bottle/30 days	clozapine .....	120 tabs/30 days
Acanaya .....	1 jar/30 days	Atacand .....	30 tabs/30 days	Coartem .....	24 tabs/30 days
Accolate .....	60 tabs/30 days	Atacand HCT .....	30 tabs/30 days	Cognex .....	120 capsules/30 days
Accubeb .....	120 vials/30 days	Avadile .....	30 tabs/30 days	Concerta 18 mg, 27 mg, & 54 mg .....	30 tabs/30 days
Accutane .....	150 days supply/calendar yr	Avandamet .....	60 tabs/30 days	Concerta 36 mg .....	60 tabs/30 days
Accutane .....	30 days/presc. dispensed	Avandaryl .....	60 tabs/30 days	Cordran Patch .....	24/30 days
Aciphex .....	30 tabs/30 days	Avandia .....	60 tabs/30 days	Cordran Tape .....	2 rolls/30 days
Actiq .....	120 lozenges/30 days	Avapro .....	30 tabs/30 days	Coreg CR .....	30 tabs/30 days
Actos .....	30 tabs/30 days	Avelox .....	14 tabs/presc.	Cozaar .....	30 tabs/30 days
Adcirca .....	60 tablets/30 days	Avinza .....	30 capsules/30 days	Crestor .....	30 tabs/30 days
Advair Diskus .....	1 inhaler (60 blisters)/30 days	Avodart .....	30 capsules/30 days	Cymbalta 20 mg .....	90 capsules/30 days
Advicor .....	60 tablets/30 days	Axert 12.5 mg tabs .....	12 tabs (2 boxes)/30 days	Cymbalta 30 mg .....	30 capsules/30 days
Aerochamber .....	1/calendar yr	Axert 6.25 mg tabs .....	18 tab (3 boxes)/30 days	Cymbalta 60 mg .....	30 capsules/30 days
Afinitor .....	30 tabs/30 days	Banzel .....	240 tabs/30 days	Daytrana .....	.30 patches/30 days
Alora .....	8 patches/30 days	Benicar .....	30 tabs/30 days	Denavir .....	1.5 gms/30 days
Altopen .....	30 tablets/30 days	Betaseron .....	30 tabs/30 days	Detroit .....	60 tabs/30 days
Amitiza .....	60 capsules/30 days	Budeprion XL 150 mg .....	90 tabs/30 days	Detrol LA .....	30 capsules/30 days
Ampyra ER .....	60 tablets/30 days	Budeprion XL 300 mg .....	60 tabs/30 days	Diabetic Test Strips .....	800 units/3 mo. period
Arcalyst .....	4 vials/30 days	Butal/ASA/Caffe/Codene .....	180 tabs/30 days	Lancets, Syringes .....	800 units/3 mo. period
Avonex .....	4 vials/30 days	butorphanol NS .....	2 bottles (2.5 ml ea.)/30 days	Diovan .....	30 tabs/30 days
Alvesco .....	1 inhaler/30 days	Byetta .....	2.4 ml/30 days	Diovan HCT .....	30 tabs/30 days
Ambien .....	30 tabs/30 days	Caduet .....	30 tabs/30 days	Duetact .....	30 tabs/30 days
Ambien CR .....	30 tabs/30 days	Cambia .....	9 packets/30 days	Dulera .....	1 inhaler/30 days
Amerge 1 mg tabs .....	18 tabs (2 boxes)/30 days	carisoprodol .....	120 tabs/30 days	Duragesic .....	10 patches/30 days
Amerge 2.5 mg tabs .....	9 tabs (1 box/30 days)	carisoprodol/ASA .....	150 tabs/30 days	Edex .....	6 injections/30 days
Ameevie .....	Limited to 18 yrs and older	carisoprodol/ASA/codeine .....	120 tabs/30 days	Edluar .....	30 tabs/30 days
amlodipine .....	30 tabs/30 days	Casodex .....	30 tabs/30 days	Effexor XR 37.5 mg .....	30 tabs/30 days
amlodipine/benazepril .....	30 tabs/30 days	Caverject .....	.6 injections/30 days	Effexor XR 75 mg .....	90 tabs/30 days
ammesteen .....	30 days/presc. dispensed	Celebrex .....	60 tabs/30 days	Effexor XR 150 mg .....	60 tabs/30 days
Amrix .....	30 caps/30 days	Chantix .....	60 tabs/30 days	Effient .....	30 tabs/30 days
Anzemet tabs .....	10 tabs/presc. dispensed	Cialis .....	6 tabs/30 days	Elidel Cream .....	30 gms/presc. dispensed
Aplenzin .....	30 tabs/30 days	Cialis 5mg .....	30 tabs/30 days	Emend .....	.5 tabs/presc. dispensed
Apriso .....	120 caps/30 days	claravis .....	.30 days/presc. dispensed	Emsam .....	.30 patches/30 days
Aricept .....	30 tabs/30 days	Clarinetx, Clarinex D .....	30 tabs/30 days	Enablex .....	.30 tabs/30 days
Arimidex .....	30 tabs/30 days	Climara, Climara Pro .....	.4 patches/30 days	Enrel .....	.16 injections/30 days
Asmanex .....	1 inhaler/30 days			Enrel 50 mg .....	.8 injections/30 days

continued on next page

PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT	PRESCRIPTION DRUG	LIMIT
Epiduo .....	.45 gms/30 days	Micardis .....	.30 tabs/30 days	Sanctura .....	.60 tabs/30 days
Epipen, Epipen Jr .....	.2 pens/30 days	Micardis HCT .....	.30 tabs/30 days	Sanctura XR .....	.30 capsules/30 days
Epivir HBV .....	.30 tabs/30 days	Migranal Nasal Spray .....	.16 sprays (2 boxes)/30 days	Sancuso .....	4 transdermal patches/30 days
plerenerone .....	.60 tabs/30 days	Mirapex .....	.90 tabs/30 days	Santyl .....	.30 grams/prescr. dispensed
Erectile Dysfunction Drugs..... Limited to use in males only		Mirapex ER .....	.30 tabs/30 days	Saphris .....	.60 sublingual tabs/30 days
Erectile Dysfunction Drugs (Cialis, Levitra, Viagra) .....	Combined limit of 6 tabs/30 days	mirtazapine .....	.30 tabs/30 days	Savella .....	.60 tabs/30 days
Evamist.....	.1 box/30 days	Mutaq .....	.60 tabs/30 days	Serevent Diskus .....	1 inhaler (60 blisters)/30 days
Evista .....	.30 tabs/30 days	Muse .....	.6 inserts/30 days	Seroquel .....	.60 tabs/30 days
Exalgo .....	.30 tabs/30 days	Namenda .....	.60 tabs/30 days	Seroquel XR .....	.60 tabs/30 days
Exelon .....	.60 tabs/30 days	Natzia .....	.28 tabs/28 days	Silenor .....	.30 tabs/30 days
Exelon Patch .....	.30 patches/30 days	Nebupent .....	.1 inhaler/30 days	Simcor .....	.60 tabs/30 days
Exforge .....	.30 tabs/30 days	Neulasta .....	.2 syringes/30 days	simvastatin .....	.30 tabs/30 days
Extavia .....	.15 vials/30 days	Neumege .....	.21 vials/30 days	Singular .....	.30 tabs/packets/30 days
Factive .....	.7 tabs/30 days	Nexium .....	.30 capsules/30 days	Singular Chewables .....	Limited to 10 yrs and older
Fanapt .....	.60 tabs/30 days	Niaspan .....	.60 tabs/30 days	Skeleld .....	.60 tabs/30 days
Fentora .....	.120 tabs/30 days	Norvasc .....	.30 tabs/30 days	Sonata tabs .....	.30 tabs/30 days
Febuxostane 30 mg & 60 mg .....	.60 tabs/30 days	Noxafil .....	Limited to 13 yrs and older	sotret .....	.30 days/presc. dispensed
Fexofenadine 180 mg .....	.30 tabs/30 days	Nucynta .....	.180 tabs/30 days	Spiriva .....	.1 inhaler (30 capsules)/30 days
finasteride .....	.30 tabs/30 days	Nuvaring .....	.1/30 days	Sporanox .....	.90 day supply/calender year
finasteride .....	Limited to use in males only	Nuvigil .....	.30 tabs/30 days	Stadol NS .....	.2 bottles (2.5 ml each)/30 days
Flector .....	.30 patches/30 days	Oleptro .....	.30 tabs/30 days	Starlix .....	.90 tabs/30 days
Fliomax .....	.60 capsules/30 days	omeprazole .....	.60 capsules/30 days	Strattera .....	.60 capsules/30 days
Foradil .....	1 inhaler (.60 capsules)/30 days	Omnaris .....	.2 inhalers/30 days	Sumavel DosePro .....	.6 injections/30 days
Frova 2.5 mg tabs .....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	ondansetron DDT tabs .....	.10 tabs/presc. dispensed	Symbyx .....	.30 capsules/30 days
Gardasil .....	Limited to females 13-26 yrs of age	ondansetron tabs .....	.10 tabs/presc. dispensed	Tamiflu .....	.1 treatment every 180 days
Geodon .....	.60 capsules/30 days	Onglyza .....	.30 tabs/30 days	Tarka .....	.30 tabs/30 days
Gilenya .....	.3 capsules/30 days	Onsolis .....	.30 films/30 days	Tasmar .....	.90 tabs/30 days
gransitron .....	.10 tabs/presc. dispensed	Oral Contraceptives .....	Limited to use in females only	Tektura .....	.30 tabs/30 days
Hepsera .....	.30 tabs/30 days	Oravig .....	.14 tabs per rx	Tektura HCT .....	.30 tabs/30 days
Humira 20 mg .....	.8 injections/30 days	Ortho Evra .....	.3 patches/28 days	Terazol 3 .....	.1 tube/30 days
Humira 40 mg .....	.4 injections/30 days	oxydone/APAP .....	not to exceed 4000 mg of APAP/day	Terazol 7 .....	.1 tube/30 days
Hyzaar .....	.30 tabs/30 days	Oxycontin .....	.120 tabs/30 days	Tekamlo .....	.30 tabs/30 days
Ibrance .....	.3 kits (6 injections)/30 days	Oxytrol .....	.8 patches/30 days	terbinafine tabs .....	.90 days supply/calender yr
Imtrex 25 mg tabs .....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	pantoprazole .....	.30 tabs/30 days	terconazole 3 .....	.1 tube/30 days
Imtrex 50 mg tabs .....	.18 tabs (2 boxes)/30 days	paroxetine CR .....	.60 tabs/30 days	terconazole 7 .....	.1 tube/30 days
Imtrex 100 mg tabs .....	.9 tabs (1 box)/30 days	Patanase .....	.1 bottle/30 days	TOBI .....	.56 ampules/30 days
Imtrex Injection .....	.3 kits (6 injections)/30 days	Paxil CR .....	.60 tabs/30 days	Toradol .....	.20 tabs/calender yr
Imtrex Nasal Spray .....	.12 sprays (2 boxes)/30 days	Pegasys .....	.9/30 days	Toviaz .....	.30 tabs/30 days
Infergen .....	.12 vials or syringes/30 days	Peg-Intron .....	.4 syringes/vials/30 days	tramadol .....	.240 tabs/30 days
Inspra .....	.60 tabs/30 days	Pennsaid .....	.150 ml/30 days	tramadol/APAP .....	.240 tabs/30 days
Intelence .....	.120 tabs/30 days	Pexeva 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg .....	.30 tabs/30 days	Transderm SCOP .....	.10 patches/30 days
Invega 3 mg & 9 mg .....	.30 tabs/30 days	Plan B .....	.1 treatment/calender yr	Travatan, Travatan Z .....	.5 ml/30 days
Invega 6 mg .....	.60 tabs/30 days	Plavix .....	.30 tabs/30 days	Trizimet .....	.10 tabs/30 days
I-Port .....	.1 box/30 days	Pradaxa .....	.60 capsules/30 days	Tribenzer .....	.30 tabs/30 days
Iressa .....	.30 tabs/30 days	Prandimet .....	.60 tabs/30 days	Tricor .....	.30 tabs/30 days
Isentress .....	.60 tabs/30 days	Prandin .....	.240 tabs/30 days	Trilipix .....	.30 caps/30 days
itraconazole .....	.90 days supply/calender yr	Pravachol .....	.30 tabs/30 days	Twynsta .....	.30 tabs/30 days
Jalyn .....	.30 capsules/30 days	pravastatin .....	.30 tabs/30 days	Uloric .....	.30 tabs/30 days
Janumet .....	.60 tabs/30 days	Pregnyl .....	.3 vials/30 days	Ultram/Ultracet .....	.240 tabs/30 days
Januvia .....	.30 tabs/30 days	Precavid .....	.30 tabs/30 days	Uroxatral .....	.30 tabs/30 days
Kadian .....	.60 capsules/30 days	Pristiq .....	.30 tabs/30 days	Valtturn .....	.30 tabs/30 days
Kapidex .....	.30 caps/30 days	ProAir HFA .....	.2 inhalers/30 days	Ventolin HFA .....	.2 inhalers/30 days
Ketek .....	.20 tabs/presc. dispensed	Procrit 2000, 3000, 4000 unit only .....	.12/30 days	Vesicare .....	.30 tabs/30 days
ketoconol tabs .....	.20 tabs/calender yr	Profasi .....	.3 vials/30 days	Viagra .....	.6 tabs/30 days
Kinaret .....	.30 syringes/30 days	Promacta .....	.90 tabs/30 days	Victoza .....	.3/30 days
Kytril .....	.10 tabs/presc. dispensed	Protonix .....	.30 tabs/30 days	Vimovo .....	.60 tabs/30 days
Lamisil tabs .....	.90 days supply/calender yr	Provient HFA .....	.2 inhalers/30 days	Vimpat .....	.60 tabs/30 days
Latisse .....	.100 mg/30 days	Provigil 100 mg .....	.120 tabs/30 days	Vytorn .....	.30 tabs/30 days
Lescol .....	.60 capsules/30 days	Provigil 200 mg .....	.60 tabs/30 days	Xalatan .....	.5 mil/30 days
Lescol XL .....	.30 capsules/30 days	Pulmicort Respules .....	.70 ampuls/30 days	zaleplon .....	.30 tabs/30 days
Lefairis .....	.30 tabs/30 days	Ranexa .....	.120 tabs/30 days	zazole .....	.1 tube/30 days
Levaquin .....	.14 tabs/presc.	Rapato .....	.30 caps/30 days	Zegerid capsules/powder .....	.30/30 days
Levitra .....	.6 tabs/30 days	Raptiva .....	Limited to 18 yrs and older	Zeta .....	.30 tabs/30 days
Lexapro .....	.30 tabs/30 days	Rayzadine ER .....	.30 capsules/30 days	Zocor .....	.30 tabs/30 days
Lipitor .....	.30 tabs/30 days	Regranex .....	.12 injections/30 days	Zofran ODT tabs .....	.10 tabs/presc. dispensed
LoSeasonique .....	.91 tabs/90 days	Relenza .....	.1 treatment every 180 days	Zofran tabs .....	.10 tabs/presc. dispensed
Lotrel .....	.30 tabs/30 days	Relistor .....	.2 kits or 15 vials/30 days	zolpidem .....	.30 tabs/30 days
Lotronex .....	.60 tabs/30 days	Relapax 20 mg .....	.12 tabs/30 days	Zolmilist .....	.1 canister/30 days
Lotronex .....	Limited to use in females only	Relapax 40 mg .....	.6 tabs/30 days	Zomig Nasal Spray .....	.12 sprays (2 boxes)/30 days
Loveza .....	.120 capsules/30 days	Requip XL .....	.30 tabs/30 days	Zomig, Zomig ZMT .....	.12 tabs (2 boxes)/30 days
Lumigan .....	.5 ml/30 days	Revatio .....	.90 tabs/30 days	Zostavax .....	Limited to 60 yrs and older
Lunesta .....	.30 tabs/30 days	Risperdal 4mg .....	.120 tabs/30 days	Zovirax ointment .....	.30 grams (2 x 15 gm tubes)/30 days
Luvox CR .....	.30 caps/30 days	Risperdal all strengths except 4 mg .....	.60 tabs/30 days	Zyflo CR .....	.120 tabs/30 days
Lyrica .....	.120 capsules/30 days	Ritalin LA .....	.60 capsules/30 days	Zymaxid .....	.1 bottle/30 days
Maxalt, Maxalt MLT 5 mg tabs .....	.24 tabs (4 boxes)/30 days	Rozerem .....	.30 tabs/30 days	Zyprexa .....	.30 tabs/30 days
Maxalt, Maxalt MLT 10 mg tabs .....	.12 tabs (2 boxes)/30 days	Rybix ODT .....	.240 tabs/30 days	Zyvox .....	.56 tabs/28 days

Any member with a request exceeding the current quantity limits should have a letter from their healthcare provider. The letter should include diagnosis, reason for exceeding the quantity limit per month, and what the therapy plan will be for the member (i.e. tapering schedule). In most cases, the quantity limits we have selected are set to maximum dosages and should not be exceeded according to the current manufacturer's recommendations. Prior authorizations for quantity limits exceeding the guidelines will be issued for 6-month intervals and will require a new letter from the member's healthcare provider at the end of the 6-month period.

Cualquier miembro con una petición superior a los límites de volumen actual debe tener una carta de su proveedor de atención médica. La carta debe incluir el diagnóstico, razón por exceder el límite de cantidad al mes, y lo que el plan de tratamiento será por el miembro (es decir, disminuyendo el horario). En la mayoría de los casos, los límites de volumen que se han seleccionado se establecen en dosis máxima y no debe ser superado de acuerdo a las recomendaciones del fabricante actual. Antes de las autorizaciones de los límites de cantidad superior a las directrices se publicarán en intervalos de 6 meses y requerirá una nueva carta del proveedor de atención médica del afiliado al final del período de 6 meses.

## **MEMBER BILL OF RIGHTS**

In an effort to recognize the member's rights with respect to healthcare providers, products and pharmacy service, National Pharmaceutical Services (NPS) has adopted the following Member Bill of Rights.

### **A MEMBER'S RIGHTS INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:**

- To exercise the foregoing rights without regard to age, sex, marital status, sexual orientation, race, color, religion, ethnicity, ancestry, national origin, mental or physical disability, genetic information, health status, source of payment, or utilization of services.
- To be treated with respect and recognition of their dignity and need for privacy.
- To have their prescriptions dispensed and pharmacy services provided from their choice of pharmacy providers in the NPS network. Subject to plan network limitations and restrictions.
- To know the terms and conditions of their prescription drug benefit plan, the content of preferred drug lists, and the procedures for obtaining exemptions or prior authorizations.
- To receive any legally prescribed product, realizing this may require them to bear the expense of such a choice.
- To ask for and receive any supplier's product that will legally fulfill a generically written prescription.
- To obtain relevant, current, and understandable information concerning their medication therapy and its relevance in the treatment plan from their healthcare provider.
- To discuss and request information related to their specific prescribed medication, the possible adverse side effects, and drug interactions.
- To expect that all records and discussions pertaining to their drug therapy will be treated as confidential.
- To expect that their specific information regarding pharmaceutical medications will not be extracted, provided, or sold to outside parties without their informed and expressed written consent.
- To have the opportunity to voice complaints or appeals about NPS, or the care provided at NPS Network Pharmacy Providers, and to an appeals process to ensure fair resolution of a complaint or grievance.

### **A MEMBER'S RESPONSIBILITIES INCLUDE, BUT ARE NOT LIMITED TO THE FOLLOWING:**

- Knowing, understanding and abiding by the terms, conditions and provisions of the NPS-administered prescription drug benefit plan. This information is made available through the Plan Summary Document.
- Paying co-payments, coinsurance, or deductibles as stated in the Plan Summary Document at the time service is provided and accepting financial obligations for services rendered.
- Being knowledgeable about their prescription drug therapy, including risks and limitations.
- Complying with their prescribed drug therapy regimen and maintaining a healthy lifestyle.
- Disclosing relevant information that is necessary for appropriate selection of drug therapy including health status, lifestyle, food and drug allergies, and medication history.
- To participate effectively in decision making, members must take responsibility for requesting information or clarification about the drugs they are taking when they do not fully understand information and instructions.
- To accept personal responsibility if they refuse treatments, medications, or services.
- Carrying their NPS Network SmartCard™ identification card and identifying themselves as a SmartCard holder prior to receiving pharmaceutical products and/or services.

## **EN ESPAÑOL**

### **INTRODUCCIÓN**

Para la información más reciente de National Pharmaceutical Services® / Pharmaceutical Technologies, Inc.® (PTI®) formulario (el formulario), por favor consulte la información de formulario en nuestra página web [www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com). Este formulario incluye la mayoría, pero no todas, las clases terapéuticas de los medicamentos recetados y está sujeta a cambios en cualquier momento mediante la revisión por PTI. Nuestro Formulario Nacional se revisa cada trimestre por un comité de Farmacia y Terapéuticos (P&T). El formulario sólo se aplica a los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios dispensados por las farmacias participantes. No se aplica a los medicamentos de hospitalización o medicamentos obtenidos a partir de y / o administrados por un médico. Toda la información en el formulario se proporciona como una referencia para la selección de la terapia de drogas. Los médicos y los farmacéuticos se les anima a revisar el formulario y utilizarlo cuando se prescriba para nuestros miembros. Esto es extremadamente importante, ya que beneficiar a un miembro de la receta se basa en medicamentos que se prescriben en el formulario. El formulario no pretende interferir con el juicio médico independiente que se basa en la relación médico-paciente. La elección final de selección de medicamentos específicos para un paciente individual depende únicamente del prescriptor. Productos en el formulario no incluye todas las concentraciones o formas de administración asociados con el producto de marca. Todos los medicamentos incluidos en el formulario no están necesariamente cubiertos por el plan de medicamentos recetados a cada miembro de beneficios sociales. *La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes. La cobertura de los productos señalados estarán sujetos a las limitaciones del diseño del plan de beneficios de farmacia. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica.*

## **DESARROLLO DEL FORMULARIO DE DROGAS**

La gran cantidad de medicamentos disponibles en el mercado de consumo hace que sea obligatorio que los planes de introducir un programa racional de uso de drogas. Esta herramienta se ha desarrollado para asegurar que los miembros reciban la mejor atención y protección posible de una manera costo-efectiva. Dicho programa debe incluir la evaluación a fondo, la selección y el uso de agentes medicinales. Esta es la base para la terapia racional de los medicamentos. El concepto de un formulario proporciona un método para alcanzar la terapia racional de los medicamentos de una manera costo-efectiva, mientras que proporciona óptimos resultados terapéuticos para el miembro. El formulario es la piedra angular de la garantía de calidad de los medicamentos de terapia y los esfuerzos de contención de costos. Un formulario apoya y maximiza la eficacia de la prescripción de pautas y protocolos para la terapia. Como tal, el desarrollo y mantenimiento del Formulario es necesariamente una en curso y el proceso dinámico.

El formulario es una recopilación de los medicamentos revisados continuamente, lo que refleja el juicio clínico actual de la Comisión de Farmacia y Terapéutica, ya que evaluar, y seleccionar entre los numerosos agentes disponibles medicamentos y formas farmacéuticas que se consideran más útiles en la atención al paciente. El comité de P&T considera los datos científicos publicados y clínicos, guías de tratamiento, aprobado por la FDA las indicaciones, la utilización del plan y el costo en el proceso de selección. Es el objetivo final del Comité de P & T para que el formulario completo, proactivo, y fácil de usar.

## **LEY DE PARIDAD DE SALUD MENTAL**

La Ley Paridad de Salud Mental y Contra la Adicción de Igualdad referida como (MHPEA) de 2008 y sus reglas finales provisional que corresponden requiere que la administración de la salud mental y los medicamentos de abuso de sustancias sigan el mismo enfoque de desarrollo y las normas como los medicamentos para tratar otros síntomas.

El formulario (NPS) ha subdividido la clasificación de medicamentos recetados en niveles, y se aplica el requisito de la paridad en general por separado para cada nivel de beneficios de medicamentos recetados. Para los planes que imponen los diferentes niveles de las necesidades financieras de los distintos niveles (es decir, un plan de beneficios en niveles) de los medicamentos recetados, estos factores se basan en factores razonables (tales como el costo, la eficacia, nombre genérico de la marca contra, y frente a la farmacia de pedidos por correo de recogida ), y se determina de acuerdo con los requisitos para las limitaciones del tratamiento no cuantitativa, y sin tener en cuenta si un medicamento se prescribe generalmente con respecto a médico / quirúrgico o beneficios de salud mental o beneficios de abuso de sustancias. Como la estructura y niveles de el formulario (NPS) se desarrolla lo mismo con los mismos principios aplicados a todas las categorías de la medicación, sin criterio preciso diferenciar los medicamentos de salud mental, y no requiere unos requisitos más restrictivos para los medicamentos prescritos para las condiciones de salud mental y abuso de sustancias que cualquier otro de medicina general / de consumo de drogas quirúrgica, el (NPS) en el formulario es el cumplimiento del presente Reglamento.

## **COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICOS (P&T)**

El Comité de P & T incluye médicos y farmacéuticos. Ellos deben cumplir con las normas de la política de ética establecidos por el Comité P & T. A la revisión de los medicamentos en cada clase terapéutica de eficacia, reacciones adversas, y el costo del tratamiento, a continuación, seleccione los agentes en cada categoría para la inclusión / exclusión en el formulario. El mantenimiento del Formulario es un proceso dinámico, y nuevos medicamentos y la información relativa a los medicamentos existentes son continuamente revisados por el Comité P & T.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PRODUCTOS**

Cuando un nuevo medicamento es considerado para su inclusión formulario, se intentará examinar las drogas en relación con las drogas similares actualmente en el formulario. Además, toda clases terapéuticas son revisados periódicamente. El proceso de revisión de clase puede dar lugar a la supresión o no-Formulario (NF) el estado de la droga (s) en una clase terapéutica particular, en un esfuerzo por promover continuamente la mayoría de los agentes clínicamente útil y costo efectivo.

Un factor central en la gestión exitosa del formulario es la revisión y evaluación de los productos farmacéuticos disponibles en el mercado de consumo y un medio para realizar cambios en el formulario en respuesta a las terapias de cambio y los factores económicos. El Comité P & T utiliza el siguiente criterio en la evaluación de selección de productos para el formulario:

- a) El medicamento debe demostrar la seguridad inequívoca para uso médico.
- b) El medicamento debe ser eficaz y ser médicalemente necesarios para el tratamiento, el mantenimiento o la profilaxis de una enfermedad médica.
- c) El medicamento no tiene agentes alternativos / similar en el formulario que puede ser sustituido.
- d) El medicamento debe demostrar un resultado terapéutico.
- e) La comunidad médica debe aceptar el medicamento para su uso.
- f) El producto farmacéutico debe tener una relación equitativa de los costos para el tratamiento de la enfermedad médica.

## **FORMULARIO MEDIDAS PARA CONTROLAR**

Para promover la utilización más adecuada de riesgo seleccionados de alto costo o más medicamentos, PTI utiliza uno de o una combinación de estos procedimientos para hacer cumplir formulario. (1) de bloqueo del NDC y el bloqueo en el punto de venta, (2) Formulario de llenado incentivos tarifa para los farmacéuticos, (3) co-pago diferenciales para los miembros, (4) de mensajería en línea formulario, (5) la autorización previa, (6) límites en dólares por siniestro antes de la autorización previa y (7) las limitaciones cuantitativas. El Comité de P & T ha establecido criterios de formulario con el aporte de los médicos participantes y el examen de la literatura médica actual.

## **MODIFICACIÓN / PREGUNTAS DEL FORMULARIO**

Si un médico solicita que un medicamento nuevo o existente considerarse para su inclusión en el Formulario, una carta indicando las ventajas significativas del medicamento más actuales medicamentos del formulario en esta clase deben ser enviados por correo a la siguiente dirección: Presidente, Comité de Farmacia y Terapéutica • Pharmaceutical Technologies, Inc. • PO Box 407 • Boys Town, NE 68010. O por e-mail [formulary@pti-nps.com](mailto:formulary@pti-nps.com).

## **ESTRUCTURA DE FORMULARIO DE TRES NIVELES DE CO-PAGO**

Este formulario está dividido en tres niveles y está codificado por colores para identificar fácilmente el estado de un agente en particular en una categoría terapéutica en el formulario. La primera capa contiene los medicamentos genéricos. Todos los medicamentos genéricos están incluidos en el primer nivel y son considerados los agentes preferidos. Los medicamentos genéricos ofrecen un excelente valor para el consumidor, ya que son químicamente idénticos a los medicamentos de marca, pero cuestan una fracción del costo del medicamento de marca correspondiente. La administración de Alimentos y Medicamentos de EE.UU. (FDA) exige que los medicamentos genéricos ofrecen la misma eficacia y la seguridad de que sus homólogos de marca. La FDA requiere fabricantes de medicamentos para demostrar que la versión genérica entra en el torrente sanguíneo de la misma manera, contiene la misma cantidad de ingrediente activo, viene en la misma forma de dosificación y se toma la misma forma que el medicamento de marca. Los asegurados pagarán el más bajo co-pago por medicamentos genéricos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada en verde. El segundo nivel contiene medicamentos de marca preferidos. Estos son medicamentos que todavía están protegidos por patentes y no puede haber alternativas genéricas disponibles. El Comité de P & T ha publicado opiniones de estos medicamentos y que se encuentran a ser terapéuticamente superior, ofrecen un mejor resultado para el miembro, o proporcionar el mismo efecto terapéutico, pero guardar el dinero de los patrocinadores del plan en comparación con un agente en el 3er nivel. Los miembros pagan el co-pago por medio preferido Marca de Medicamentos. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada amarilla. La tercera lista de nivel de los medicamentos no recomendados de marca. Estos son los medicamentos de marca que, o bien tienen igual de eficaces y menos costosos equivalentes genéricos o pueden tener una o más alternativas preferidas medicamentos de marca disponible en el segundo nivel que proporcionan el mismo efecto terapéutico. Usted o su médico puede decidir que un medicamento en esta categoría es el mejor para usted. Si elige un tercio de drogas de nivel, puede ser objeto del más alto nivel de copago, que todavía representa un ahorro significativo para usted en comparación con el costo total al por menor de la medicación. Estos agentes pueden ser fácilmente identificados en el formulario como los agentes de la columna sombreada de color rojo. Consulte a los materiales su beneficio, o llame a la PTI / NPS Ayuda número de teléfono en el escritorio de su tarjeta de identificación, para determinar qué nivel de cobertura que usted tiene para sus medicamentos recetados.

## **ALTERNATIVAS DEL FORMULARIO**

Sugirió alternativas terapéuticas se seleccionan los medicamentos que representan opciones a los medicamentos fuera del formulario. El formulario en línea le da a los farmacéuticos alternativas para los agentes no preferidos. Alternativas formularias representan oportunidades para ayudar a los beneficios de farmacia patrocinador del plan mantener el beneficio económico y sostenible. En un formulario de tres niveles, las alternativas preferidas resultado en una menor co-pagos para los pacientes y salvar a los patrocinadores de planes de dólares de beneficios. alternativas Formulario requieren la autorización del médico y se recomienda sólo después de considerar los estados de enfermedad específica del paciente, las contraindicaciones, la historia terapéutica, los medicamentos actuales y otras circunstancias del caso.

## **POLÍTICA DEL INTERCAMBIO TERAPÉUTICO (TI)**

El uso de los programas de intercambio terapéutico como parte de un enfoque global de la calidad, la atención al paciente sea costo efectivo es recomendado. Intercambio terapéutico es la práctica de la sustitución, con la aprobación del médico que prescribe, un medicamento recetado originalmente previsto para un paciente con un medicamento recetado que es su equivalente terapéutico. Dos o más medicamentos se consideran terapéuticamente equivalentes si se puede esperar que producen niveles iguales de efectividad clínica y el sonido los resultados médicos de los pacientes. El intercambio terapéutico término debe distinguirse de la sustitución terapéutica plaza. sustitución terapéutica se ha definido como una práctica en la que el farmacéutico puede sustituir un medicamento por el farmacéutico cree tener un efecto similar terapéutica que el medicamento prescrito, sin la aprobación de su médico. Intercambio terapéutico implica la colaboración de los farmacéuticos y los prescriptores en el examen de los productos disponibles de drogas con efectos equivalentes terapéuticos con el fin de proporcionar a los pacientes con la más segura, más racional, y la mayoría de la terapia con medicamentos rentable. Intercambio terapéutico asegura que los prescriptores están informados sobre las opciones de tratamiento farmacológico. El médico tiene la autoridad para decidir sobre el tratamiento final del paciente, programas de intercambio terapéutico se rigen por las normas de prescripción clínica basada en que son revisados por el Comité P & T. Sin embargo, de intercambio terapéutico no siempre se trata de costos de los medicamentos más bajos. Intercambio terapéutico a menudo ocurre cuando un ahorro global de salud se puede lograr. Sustitución de un fármaco por otro más caro puede ocasionar fallas en el tratamiento menos, una mejor adherencia del paciente al plan de tratamiento y menos efectos secundarios. Tal uso eficiente de los recursos médicos ayuda a mantener los costos médicos hacia abajo, mejora el acceso del paciente a más cuidados de salud asequibles, y mejora la calidad del paciente de la vida. Intercambio terapéutico requiere la autorización del médico. Intercambio terapéutico requiere la evaluación de cada paciente antes de cambiar el orden de los medicamentos. Cuando sea posible, de intercambio terapéutico es prospectiva. Cuando intercambio terapéutico se lleva a cabo, es preferible dar el medicamento equivalente terapéutico antes de la primera dosis de la medicación prescrita. Realizar el intercambio terapéutico antes de la administración de la primera dosis al paciente mejora la eficiencia del programa y mejora la aceptación del paciente.

## **POLÍTICA DE DROGAS GENÉRICAS**

Es la política del PTI de utilizar medicamentos genéricos de alta calidad que esté disponible. Un medicamento genérico es idéntico, o bioequivalente, a un medicamento de marca en forma de dosificación, seguridad, potencia, vía de administración, calidad, características de rendimiento y uso previsto. Aunque los medicamentos genéricos son químicamente idénticos a sus equivalentes de marca, por lo general son vendidos a importantes descuentos sobre el precio de marca. Es la política del PTI para alentar a las farmacias a utilizar el mismo producto genérico que fue distribuido por la misma empresa que se imparte en la receta original en todas las recargas posteriores para la selección de productos de drogas. Generalmente, los precios promedios de medicamentos genéticos son 30 a 80% menos que los precios promedios de los medicamentos de marca. Los farmacéuticos pueden medicamento seleccionar para una farmacéuticamente equivalente (según se define en el Libro Naranja FDA) cuando las regulaciones estatales permiten. De lo contrario, el farmacéutico debe obtener la aprobación del médico que prescribe el uso del producto equivalente genérico. PTI no recomienda que la sustitución por genéricos ejercerse con productos de múltiples fuentes que no pueden considerarse terapéuticamente equivalentes a otros en la misma categoría. También se recomienda que no se llevará a cabo la sustitución genérica para cualquier producto sin calificación que se podrían considerar estrecho índice terapéutico de drogas (NTI) o que se sabe que no son bioequivalentes. Por último, es importante señalar que las leyes estatales y reglamentos que rigen la práctica de la sustitución por genéricos de los medicamentos determinados. Las solicitudes de excepción a la política de genéricos deberán documentar claramente las razones específicas de necesidad médica y adecuación.

Los medicamentos que tienen equivalentes genéricos disponibles están cubiertos en un nivel de reembolso de genéricos y deben ser prescritos y dispensados en forma genérica. Costo Máximo Permitido (MAC) se han establecido límites para las formas farmacéuticas específicas de estos medicamentos. La lista MAC establece un precio máximo para el reembolso de ciertos medicamentos recetados de múltiples fuentes. Este precio normalmente cubrir la adquisición de la mayoría de los genéricos, pero no las versiones de marca de la misma droga. Los productos seleccionados para su inclusión en la lista de MAC son comúnmente prescritos y dispensados y han pasado por la revisión de la FDA y el proceso de aprobación.

Se recuerda a los proveedores de los siguientes:

1. Cuando los conflictos genéricos de sustitución con los reglamentos estatales o restricciones, el farmacéutico debe obtener la aprobación de las recetas para utilizar el equivalente genérico.
2. Los farmacéuticos se les recuerda que una droga precedidos de un asterisco indica que uno o más (pero no necesariamente todas) las formas de la droga están sujetos a un coste máximo admisible (MAC), y la lista de MAC debe ser consultado.
3. Si un miembro insiste en el producto de marca para una prescripción de un medicamento incluido en la lista de MAC después a su médico ha aprobado la versión genérica, el paciente tendrá que pagar la diferencia de costo entre el medicamento de marca y la cantidad MAC (con cargo auxiliares). El caso prescindir como está escrito (DAW) de código de 2 debe ser utilizado al presentar la solicitud de prescripción para el reembolso.

#### **MEDICAMENTOS SIN RECETA (OTC)**

Over the counter (OTC) pueden ser cubiertos y algunos se muestran con fines informativos (cuando los productos disponibles sin receta puede ser menos costoso que el plan de un producto regulado). Si un producto de prescripción está disponible en la fuerza idéntica, la forma farmacéutica, y el ingrediente activo (s) como un producto de venta libre, el producto de prescripción no serán cubiertos. En estos casos, los médicos y los farmacéuticos deben consultar a los participantes a su equivalente de venta libre. Si el miembro o el médico insiste en que su equivalente de la prescripción, el miembro debe pagar el costo total de la receta.

#### **FUERA DE LA ETIQUETA DEL USO DE MEDICAMENTOS**

La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) ha requerido que los medicamentos utilizados en los Estados Unidos sea seguro y efectivo. La información de la etiqueta o el prospecto de un medicamento indica que el consumo de drogas sólo en ciertos "aprobado" dosis y vías de administración para una determinada condición o estado de la enfermedad. El uso de un medicamento para un estado de enfermedad o condición no aparece en la etiqueta, o en una dosis o por una ruta que no figuran en la etiqueta, es considerado como un "no aprobado" o "sin etiqueta" o fuera "la etiqueta" el uso de la droga. La autorización previa es necesaria cuando un medicamento se usa fuera de su FDA aprobó la vía de administración, dosis, o una indicación. La cobertura se determinará de la misma manera y con sujeción a las mismas condiciones y limitaciones como cualquier otra medicina. Las autorizaciones previas para los usos de los medicamentos sin etiqueta se podrá conceder siempre que: a) el medicamento está aprobado por la FDA, y b) dos o más revisados por profesionales de las revistas médicas han reconocido, en base a criterios científicos médicos, la seguridad y la eficacia de la medicamento o combinación de medicamentos para el tratamiento de la indicación de que ha sido la medicación prescrita a menos que dos de los principales artículos revisados por colegas profesionales revistas médicas han concluido, en base a criterios científicos o médicos, que la droga o la combinación de drogas no es seguro o ineficaz o la seguridad y la eficacia de la droga o la combinación de drogas no se puede determinar para el tratamiento de la indicación para la que ha sido la droga o la combinación de medicamentos prescritos.

#### **MEDICAMENTOS EXPERIMENTADOS**

Cualquier medicamento o droga que no ha sido aprobado por la FDA para ser seguro y efectivo para su uso en los Estados Unidos no serán cubiertos. Esto incluye tanto los aprobados por la FDA y los medicamentos no autorizados que se encuentran en pruebas experimentales o de investigación para determinar las nuevas indicaciones, nuevas vías de administración, o nuevas formas de dosificación.

#### **PASTILLA PARA CORTAR**

Medicamentos que aparecen en el formulario en negrita representan un potencial 01/02 oportunidades de la tableta de algunas fortalezas. En algunos casos, de corte más alta dosis de tabletas por la mitad puede ahorrar hasta un 50 por ciento del costo de medicamentos recetados. Su médico o farmacéutico le puede decir si la división tableta trabajará para usted y si hay un ahorro de costos para los medicamentos específicos que usted está tomando.

#### **AUTORIZACIÓN PREVIA**

Para promover la utilización adecuada, seleccionados de alto riesgo o medicamentos de alto costo pueden requerir autorización previa para ser elegible para la cobertura de beneficios del miembro de medicamentos recetados. El Comité de P & T ha establecido criterios de autorización previa. Para que un miembro para recibir la cobertura para un medicamento que requiere autorización previa, el médico del miembro debe contactar al centro de servicio al cliente al 1-800-546-5677 para obtener un formulario de solicitud de autorización previa. Su médico entonces puede ser necesario para documentar la razón por la cual un medicamento formulario no es aceptable para el tratamiento de su estado de enfermedad o condición médica. Su médico querrá incluir en su carta su diagnóstico y las terapias anteriores que han fracasado.

#### **MANTENIMIENTO Y MEDICAMENTOS SIN MANTENIMIENTO**

Beneficio de medicamentos recetados tarjeta de planes a menudo difieren en su diseño del plan. En algunos planes, los beneficios pueden variar dependiendo de si el medicamento es considerado como una enfermedad aguda o una medicación de mantenimiento. Su medicamento co-pago y la cantidad de medicamento que usted puede recibir en una receta puede variar dependiendo de la situación de los medicamentos. No Mantenimiento (aguda) Medicamentos: medicamentos aguda son medicamentos que se van a utilizar durante un corto período de tiempo. Esto puede incluir medicamentos que son administrados en una dosis de arranque. Una dosis inicial del medicamento es un medicamento que puede convertirse en un medicamento de mantenimiento en función de su nombre genérico y

la fuerza y no se ha obtenido en el período anterior de seis meses. Los medicamentos tales como antibióticos u otros agentes que se dan para curar o tratar una condición de la que se prevé la recuperación se consideran tratamientos curativos y se clasifican como medicamentos sin mantenimiento, o un medicamento a corto plazo. Mantenimiento de medicamentos: medicamentos de mantenimiento también se puede denominar como los medicamentos a largo plazo. El siguiente es el criterio que se utiliza para determinar si un medicamento es un medicamento de mantenimiento: a) La droga tiene una baja probabilidad de cambio de dosis o la terapia debido a efectos secundarios, el seguimiento de suero de concentración del fármaco, o la respuesta terapéutica a lo largo de un curso de tratamiento prolongado b) la utilización más frecuente de la droga es para tratar un estado de enfermedad crónica en un extremo de terapéutica no puede ser determinada. (Un medicamento puede tener una indicación para la terapia de mantenimiento, pero carece del código de mantenimiento con droga, si esa indicación no es el uso más común de la droga), c) El tratamiento con la droga no es considerada curativa o la promoción de la recuperación, y d) El medicamento se administra de forma continua y no intermitente. Los criterios antes mencionados se limitan al uso ambulatorio típico de una droga. Las formas de dosificación que no son prácticas para las grandes cantidades de dosificación (tales como líquidos) o de caducidad limitada citas son excluidos. Fármacos que se sabe de la toxicidad en peligro la vida cuando se toma en una dosis excesiva pueden ser excluidos. Los productos no-drogas y los medicamentos sin receta, con la excepción de la insulina (si está cubierto por el plan), son excluidos.

#### NUEVOS MEDICAMENTOS INTRODUCIDOS AL MERCADO DE CONSUMO

Mientras los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) aprueba los nuevos medicamentos y terapias disponibles para el mercado de consumo después de los Resumes de Documentos del Plan se han distribuido, el Plan de Beneficios de Drogas se reserva el derecho de extender o negar la cobertura a estos medicamentos después de la impresión de este documento. El Plan de Beneficios de Medicamentos también se reserva el derecho de asignar un co-pago o coseguro único a estos medicamentos y / o limitar las cantidades de estos medicamentos.

Los miembros recibirán notificaciones con respecto a cualquier modificación del Plan de Beneficios de Medicamentos sobre las drogas o terapias en el momento en que se presente una receta que se ve afectar por modificaciones en el formulario. Farmacias de la red se cargarán a comunicar estas actualizaciones o cambios en el programa que pueden afectar a un miembro. El P & T Comité revisará los nuevos medicamentos aprobados por la FDA en forma mensual. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1P (revisión de la FDA prioridad - los avances en terapéutica sobre los fármacos actualmente comercializados) automáticamente se considerará para su inclusión en el formulario, incluso si no se solicita por un plan. Los nuevos productos con una denominación de la FDA de 1S (revisión de la FDA estándar - no podrán obtener beneficios terapéuticos sobre los fármacos actualmente comercializados) en general no serán considerados para la inclusión en el formulario, salvo que lo solicite un plan, o la clase de drogas es actualmente objeto de examen por el Comité P & T. Los miembros que desean tener nuevas terapias aprobadas considerados por el plan puede escribir y / o llame a la compañía SmartCardsm servicio del plan o puede comunicarse con el administrador del plan.

#### TERAPIA DE PASO

Terapia de paso es un programa especialmente diseñado para las personas que toman medicamentos recetados regularmente para tratar una condición médica continua. El programa le ayuda a obtener los medicamentos recetados que necesita, con seguridad, costo y más importante-su salud en mente. En el paso terapia, los medicamentos cubiertos que usted tome se organizan en una serie de "pasos", con la aprobación de su médico y escribir sus recetas. El programa comienza generalmente con medicamentos genéricos en los Estos medicamentos genéricos-rigurosamente probado y aprobado por los EE.UU. Food and Drug Administration (FDA) le permiten iniciar o continuar el tratamiento con medicamentos seguros y eficaces que también son accesible "primer paso". Su copago es generalmente el más bajo con un fármaco de primera etapa. Más caros los medicamentos de marca suelen ser tratadas en el "segundo paso", a pesar de que los genéricos cubiertos han demostrado ser eficaces en el tratamiento de condiciones médicas. Su médico es consultado para su aprobación y escribir sus recetas sobre la base de la lista de medicamentos Terapia escalonada cubierta por el formulario. Terapia de Paso se desarrolla bajo la dirección y la dirección de médicos independientes, con licencia, farmacéuticos y otros expertos médicos. A la revisión de las investigaciones más recientes en miles de fármacos probados y aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para la seguridad y eficacia. Luego se recomienda los medicamentos apropiados de prescripción para el programa de terapia escalonada. La primera vez que presenta una receta que no es un fármaco de primera mano, su farmacéutico le indicará que hay una nota sobre el sistema informático que indica que nuestro plan de usos Terapia escalonada. Esto simplemente significa que si usted prefiere pagar el precio completo de su medicamento, su médico debe escribir una nueva receta para un medicamento de primer paso. Con la terapia escalonada, los medicamentos de marca más caros suelen ser cubiertos en un paso posterior en el programa si: usted ya ha probado el "primer paso", los medicamentos genéricos incluidos en el programa, usted no puede tomar el "primer paso" de drogas (debido a una alergia, por ejemplo), o su médico decide que necesita un medicamento de marca, por razones médicas. Si alguno de estos se aplica a usted, su médico puede solicitar una "autorización previa" para que usted tome un medicamento recetado segundo paso. Una vez que la autorización previa es aprobada, usted paga el copago de medicamentos apropiados para este formulario aprobado. Si la autorización previa no es aprobada, usted tendrá que pagar el precio completo de la droga.

#### LISTA DE LIMITACIÓN PARA DISPENSAR

Vea la lista en la página 4. La lista representa las P & T recomendaciones del Comité de las limitaciones de dispensación o la cantidad por una cantidad específica de tiempo. Límite de Cantidad de programación se ha convertido en una práctica del plan de farmacia aceptable que puede ser apropiado para colocar en algunos medicamentos. Las intenciones son de proteger la salud de los miembros y ahorrar el dinero del plan de beneficios. Este programa se asegura que miembros no reciben una receta para una cantidad que excede los límites del plan recomendado. Los límites son establecidos debido a que algunos medicamentos tienen el potencial de abuso, mal uso, residencia, o límite de un fabricante de la dosis máxima. Estos límites han sido revisados por nuestro personal médico y clínico, y el Comité de Farmacia y Terapéutica. Los límites se basan en la cantidad aprobada por la FDA esquemas de dosificación, las prácticas médicas actuales, basadas en la evidencia práctica y guías de la clínica, y revisada por expertos en la literatura médica relacionada con la droga en particular. La inclusión de un medicamento en esta lista no implica la cobertura de todos los planes, ni la inclusión de una limitación de distribución implica que su plan de beneficios específicos que también tiene la misma limitación. **Los planes pueden elegir a sus propias limitaciones. Los miembros deben consultar a su manual de beneficios de medicamentos recetados o comuníquese con un representante de servicio al cliente para determinar la cobertura específica y / o la inclusión de un medicamento en la lista de limitaciones distribuidas, ya que la lista está sujeta a cambios.**

## **MIEMBROS DE PROYECTO DE LEY DE DERECHOS**

En un esfuerzo por reconocer los derechos de los miembros con respecto a los proveedores de asistencia sanitaria, productos y servicios de farmacia, National Pharmaceutical Services (NPS) ha adoptado la siguiente proposición de ley de Derechos.

### **DERECHOS DE UN MIEMBRO INCLUEN, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:**

- Para ejercitar los anteriores derechos sin tener en cuenta edad, sexo, estado civil, orientación sexual, raza, color, religión, etnicidad, ascendencia, origen nacional, discapacidad mental o física, la información genética, estado de salud, fuente de pago, o la utilización de los servicios.
- Ser tratado con respeto y reconocimiento de su dignidad y su necesidad de privacidad.
- Para que sus recetas dispensadas y servicios de farmacia siempre desde la elección de los proveedores de farmacia en la red de NPS. Sin perjuicio de plan de limitaciones de la red y las restricciones.
- Para conocer los términos y condiciones de su plan de beneficios de medicamentos recetados, el contenido de las listas de medicamentos preferidos, y los procedimientos para la obtención de exenciones o autorizaciones previas.
- Para recibir cualquier producto legalmente establecido, dándose cuenta de esto puede exigirles que absorban los gastos de una elección.
- Para solicitar y recibir cualquier producto del proveedor que legalmente cumplirá una receta genérica por escrito.
- Para obtener información relevante, actualizada y comprensible sobre su terapia de la medicación y su relevancia en el plan de tratamiento de su proveedor de atención médica.
- Discutir y solicitar información relacionada con sus medicamentos específicos recetados, los posibles efectos secundarios adversos, y las interacciones medicamentosas.
- Esperar que todos los registros y los debates relativos a la terapia de drogas serán tratados como confidenciales.
- Para esperar que su información específica respecto a los medicamentos farmacéuticos no se extraerá, a condición, o vendidos al exterior partes sin su consentimiento informado por escrito y expresado.
- Tener la oportunidad de exponer las quejas o apelaciones sobre NPS, o la atención recibida al NPS Proveedores de la Red de Farmacia, y un proceso de apelación para garantizar la resolución justa de una reclamación o queja.

### **RESPONSABILIDADES DE UN MIEMBRO DE INCLUIR, PERO NO SE LIMITAN A LO SIGUIENTE:**

- Conocer, comprender y acatar los términos, condiciones y disposiciones del plan de beneficio NPS de medicamentos administrados con receta. Esta información está disponible a través del Documento Resumen del Plan.
- Pagar los copagos, co-seguros o deducibles como se indica en el documento de resumen del plan en el tiempo de servicio es proporcionado aceptar las obligaciones financieras por los servicios prestados.
- El estar bien informado acerca de su terapia con medicamentos con receta, incluyendo los riesgos y limitaciones.
- Cumpliendo con su régimen de tratamiento farmacológico prescrito y mantener un estilo de vida saludable.
- Divulgar la información pertinente que sea necesaria para la selección adecuada de la terapia de drogas, incluyendo el estado de salud, estilo de vida, la alimentación y alergia a medicamentos, y la historia del medicamento.
- Para participar efectivamente en la toma de decisiones, los miembros deben asumir la responsabilidad de solicitar información o aclaraciones sobre los medicamentos que está tomando, cuando no entienden completamente la información e instrucciones.
- Para aceptar la responsabilidad personal si se niegan los tratamientos, medicamentos o servicios.
- Continuando con sus red de NPS SmartCard™ tarjeta de identificación y que se identificaron como titular de tarjeta inteligente antes de recibir productos farmacéuticos y / o servicios.

THERAPEUTIC CLASS		FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS				
<b>ACNE PRODUCTS</b>		<i>Coverage Depends On Benefit Design</i>								
Non-Maintenance		Adapalene Amnesteem Avita Benzoyl Peroxide Benzoyl peroxide/clindamycin Benzoyl peroxide/erythromycin	Claravis Clindamycin Engel Erythromycin Isotretinoin Metronidazole Sulfacetamide Sodium Sulfur Tretinoin	Metrogel Topical 1%		Acanza Accutane Atralin Azelex Benzac Benzac AC Benzaclin Benzamycin Gel Benzashave 5 Brevoxyl	Cleocin Cleocin T Topical Desquam-X Differin Differin 0.3% Duac Gel Epiduo Klaron Metrocream Metrolotion	Noritate Retin-A Solodyn Triaz		
<b>ALZHEIMER'S MEDICATIONS</b>										
Non-Maintenance		Donepezil Galantamine Galantamine ER	Rivastigmine Capsules	Aricept 23 mg Namenda Exelon Patches	Aricept CogneX Exelon Capsules	Razadyne Razadyne ER				
<b>ANAL/RECTAL PRODUCTS</b>										
Non-Maintenance		Hydrocortisone Pramoxine Hydrochloride				Analpralm HC Anusol HC Cortenema	Cortifoam Proctocort Proctofoam			
<b>ANTI-ARRHYTHMIC (TO REGULATE HEART RHYTHM)</b>										
Maintenance		Amiodarone Disopyramide Flecainide Mexiletine Procainamide	Propafenone Quinidine Sotalol Sotalol AF	Tikosyn		Betapace Betapace AF Cordarone Multaq Norpace	Norpace CR Pacerone Rythmol Rythmol SR Tambocor			
<b>ANTIBIOTICS</b>										
Non-Maintenance		Amoxicillin Amoxicillin/ Clavulanate Amoxicillin/ Clavulanate ER Ampicillin Azithromycin Cefaclor Cefadroxil Cefdinir Cefditoren Cefixime Cefpodoxime Cefprozil Cefuroxime Cephalexin Ciprofloxacin Clindamycin Clarithromycin Cloxacillin Dicloxacillin Doxycycline	Erythromycin Gentamicin Kanamycin Methenamine <b>Metronidazole</b> Minocycline Neomycin Sulfate Nitrofurantoin Nystatin Ofloxacin <b>Penicillin</b> Rifampin <b>SMX/TMP</b> Sulfadiazine <b>Tetracycline</b> Tobramycin Totacillin Trimethoprim	Furadantin Ketek <b>Levaquin</b> Zmax		Amoxil Augmentin Augmentin XR Avelox Bactrim Bactrim DS Biaxin Biaxin XL Ceclor Ceclor CD Cedax Ceftin <b>Cefzil</b> <b>Cipro</b> Cipro Cystitis Cipro XR Cleocin Declomycin Doryx Duricef E.E.S. Elmiron	Flagyl Flagyl ER Floxicin Hiprex Keflex Lincocin Macrobid Macrobidin Minocin Monodox Monurol Moxatag Noroxin Omnicef PCE Primsol Spectracet Septra Tindamax Tobi Vancocin Vantin	Vibratab Xifaxan Z-Pak <b>Zithromax</b> Zyvox		
<b>ANTIBIOTICS-TOPICAL</b>										
Non-Maintenance		Bacitracin Gentamicin	Mupirocin Polymyxin B	Acne-Mycin Cortisporin		Altabax Bactroban Extina				
<b>ANTICONVULSANTS</b>										
Maintenance (all suspension forms are non-maintenance)		Carbamazepine Carbamazepine ER <b>Clonazepam</b> <b>Diazepam</b> Divalproex Divalproex ER E ethosuximide Gabapentin Lamotrigine Levetiracetam	Oxcarbazepine Phenobarbital Phenytoin Primidone Topiramate Valproate Sodium Valproic Acid Zonisamide	Dilantin Felbatol Gabitril Keppra XR Lyrica Tegretol Tegretol XR	Banzel Carbatrol Cerebyx Depakene Depakote Depakote ER Equetro Keppra Klonopin Lamictal	Lamictal ODT Lamictal XR Myrsoline <b>Neurontin</b> Phenytek Sabril Stavzor <b>Topamax</b> Trileptal Vimpat	Zarontin Zonegran			
Non-Maintenance		E ethosuximide Suspension Phenytoin Suspension Valproic Acid Suspension		Diastat						
<b>ANTIDEPRESSANTS</b>										
Maintenance		Amitriptyline Amapaxine Bupropion, SR, XL Citalopram Clomipramine Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Desipramine Doxepin <b>Fluoxetine</b> Fluvoxamine Imipramine	Maprotiline Mirtazapine Nefazodone Nortriptyline Paroxetine Paroxetine ER Perphenazine/ Amitriptyline Sertraline Tranylcypromine <b>Trazodone</b> Venlafaxine Venlafaxine ER	Cymbalta	Anafranil Aplenzin <b>Celexa</b> <b>Effexor</b> Effexor XR Emsam Lexapro Luvox CR Marplan Nardil Norpramin Oleptro Pamelor	Parnate <b>Paxil</b> Paxil CR Pristiq Prozac Prozac Wkly <b>Remeron</b> Remeron SolTab Sarafem Surmontil Tofranil Tofranil PM	Vivactil Wellbutrin Wellbutrin SR Wellbutrin XL <b>Zoloft</b>			
<b>ANTIDIARRHEALS</b>										
Non-Maintenance		Diphenoxylate/ Atropine Loxon	Loperamide Paregoric			Alinia Imodium Lomotil	Motofen Xifaxan			

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
<b>ANTIEMETICS (FOR NAUSEA AND/OR VOMITING)</b>					
Non-Maintenance	Granisetron Meclozine Ondansetron Prochlorperazine Promethazine Trimethobenzamide		Antivert Anemet Emend Kytril Marinol Medivert	Phenergan Sancuso Scopace Tigan Transderm Scop	Zofran Zofran ODT Zuplenz
<b>ANTIFUNGALS</b>					
Non-Maintenance	Amphotericin B Fluconazole Griseofulvin Itraconazole Ketoconazole Nystatin		Amphotec Ancobon Bio-Statin Diflucan Fulvicin Fulvicin U/F	Grifulvin Gris-Peg Lamisil Nizoral Noxafil Oravig	Sporanox Sporanox Pulse Pak Vfend
<b>ANTIFUNGALS - TOPICAL</b>					
Non-Maintenance	Ciclopirox Clotrimazole Clotrimazole/ Betamethasone Econazole Iodoquinol Ketoconazole	Miconazole Nystatin Nystatin/ Triamcinolone Terbinafine		Exelderm Fungoid Tincture Lamisil Loprox Lotrimin Lotrisone Mentax	Naftin Nizoral Oxitrat Penlac Nail Lacquer
<b>ANTIPSYCHOTICS</b>					
Maintenance	Chlorpromazine Clozapine Fluphenazine Haloperidol Lithium Loxapine Perphenazine Perphenazine/ Amitriptyline Risperidone	Risperidone ODT Thioridazine Thiothixene Trifluoperazine Trimipramine	Geodon Orap <b>Seroquel</b> Seroquel XR Symbax <b>Zyprexa</b> Zyprexa Zydis	Ability Clozaril Compazine Fanapt Fazacl Haldol Invega Invega Sustenna Invega ER	Lithobid Loxitane Moban Navane <b>Risperdal</b> Risperdal M Risperdal Consta Saphris Zyprexa Relprevv
<b>ANTIVIRALS</b>					
Maintenance	<b>Acyclovir</b> Amantadine Didanosine Famciclovir Ganciclovir Rimantadine Stavudine Valacyclovir Zidovudine		Activus Atripla Combivir Crixivan Emtriva Epivir Epivir HBV Epzicom Fuzeron Intelence Invirase Isentress Kaletra Lexiva Norvir	Prezista Recriptor Reyataz Selzentry Sustiva Tamiflu Trizivir Truvada Videx Viracept Viramune Ziagen Zovirax Cream/Oint.	Cytovene Denavir Topical Famvir Flumadine Relenza Diskhaler Retrovir Valtrex Zerit Zovirax Tablets/Capsules
<b>ASTHMA/COPD INHALERS AND NEBULIZER SOLUTIONS</b>					
Non-Maintenance	Albuterol Metaproterenol		Ventolin HFA	Proair HFA Proventil HFA Xopenex Xopenex HFA	
Maintenance	Budesonide Cromolyn Sodium Ipratropium Bromide Ipratropium/Albuterol		Advair Diskus Atrovent HFA Flovent Pulmicort Qvar	Serevent Spiriva Symbicort	Alvesco Asmanex Brovana Dulera Foradil
<b>ASTHMA/COPD - ORAL MEDICATIONS</b>					
Maintenance	Albuterol Aminophylline Dyphylline Metaproterenol Terbutaline Theophylline	Zafirlukast	Singulair	Accolate Alupent Tablets Lufyllin Theo-24 Uniphyll Zyflo CR	
<b>BLOOD MODIFIERS</b>					
Non-Maintenance	Enoxaparin Heparin	Warfarin	Coumadin	Arixtra Fragmin Innohep	Lovenox
Maintenance	Anagrelide Cilostazol Dipyridamole	Pentoxifylline Ticlopidine	Aggrenox Effient Plavix Pradaxa	Agrylin Amicar Pletal Trental	
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - STATINS</b>					
Maintenance	<b>Lovastatin</b> Pravastatin Simvastatin		Caduet Crestor Lipitor	Advicor Altoprev Lescol Livalo	Lescol XL Mevacor Pravachol
<b>CHOLESTEROL LOWERING AGENTS - OTHER</b>					
	Colestipol Cholestyramine Gemfibrozil	Prevalite	Tricor Trilipix Lovaza	Niaspan Simcor	Antara Colestid Fibrincor Lipofen
					Lofibra Lopid Triglide Welchol
					Zetia

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS		FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
<b>CONTRACEPTIVES (BIRTH CONTROL)</b>		Coverage Depends On Benefit Design					
Maintenance	Apri Ariane Aviane Balziva Camila Cesia Cryselle Empresse Errin Gianvi Jolessa Jolivette Junel Kariva Kelnor Leena Lessina Levora Low-Ogestrel Lutera Microgestin	Monesson Necon Nor-Be Notrel Ocella Ogestrel Portia Previfem Recilipsen Solia Sprintec Tilia FE Tri-Legest FE Tri-lo Sprintec Tri-Prevenef-M Tri-Sprintec Trinessa Trivora Velvet Zovia	Loestrin FE 24 Ovcon 50		Alesse Angeliq Brevicon Cyclessa Desogen Estrostep FE Lo/Ovral Lo-Seasonique Loestrin Lybrel Mircette Modicon Natazia Nordette Norinyl Nor-QD Nuva Ring Ortho-Cept Ortho-Cyclen		Ortho-EVRA Ortho-Micron Ortho-Novum 1/35 Ortho-Novum 1/50 Ortho-Novum 10/11 Ortho-Novum 7/7/7 OrthoTriCyclen OrthoTriCyclen Lo Ovcon 35 Seasonale Seasonique Tri-Norinyl Yasmin Yaz
<b>CORTICOSTEROIDS - ORAL</b>							
Non-Maintenance	Cortisone Acetate Dexamethasone Hydrocortisone Methylprednisolone	Prednisolone <b>Prednisone</b> Triamcinolone			Aristocort Celestone Cortef Cortone Acetate	Decadron Dexamethasone Intensol Liquid Pred	Medrol Pediapred Prednisone Solution Prelon
<b>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL (FOR RASH, INFLAMMATION)</b>							
Non-Maintenance	Alclometasone Amcinonide Betamethasone Desonide Desoximetasone Diflorasone Diacetate Fluocinonide	Fluticasone Halobetasol Hydrocortisone Mometasone Pramoxine Prednicarbate Triamcinolone			Aclovate Cloderm Cordran Cordran Tape Cutivate Derma-Smoothe/FS Dermatop Desonate Desowen Diprolene	Elocon Halog Kenalog Spray Locoid Luxiq Olux-E Pandel Temovate Texacort Topicort Ultravate	Vanos Westcort
<b>COUGH/COLD/ALLERGY PRODUCTS</b>							
Non-Maintenance	Generic Cough/Cold/Allergy Combination Products				Allerx Allifen DM Allifen Anaplex DM Anaplex HD Aquatab Atuss Broncholate Brontex Dallergy Deconamine Deconsal II Donatussin Syrup Entex Liquibid-D Lodrane Maxifed Nalex-A Nalex-DH Norel Nucofed Palgic Phenergan	Prolex D Prolex DM, DH Respaire-60 Rynatan Semprex-D Tussionex Tussi-Organidin	
<b>DIABETIC ORAL AGENTS</b>							
Maintenance	Acarbose Chlorpropamide Fexofenadine/PSE Glimepiride <b>Glipizide</b> Glipizide/ Metformin Glyburide	Glyburide/ Metformin Glyburide, Micronized Metformin Nateglinide Tolazamide Tolbutamide	Actoplus-met <b>Actos</b> Avandamet Avandaryl <b>Avandia</b> Duetact Glyset Janumet	Januvia	Amaryl DiaBeta Fortamet Glucophage Glucophage XR Glucotrol Glucotrol XL	Glucovance Glynase Metaglip Onglyza Prandin Prandimet Precose	Proglycem (non-maint.) Starlix
<b>DIABETIC SUPPLIES (Meters, Test Strips)</b>							
Non-Maintenance			FreeStyle Lite FreeStyle Freedom Lite Precision Xtra				
<b>DIGESTANTS</b>							
Maintenance		Creon Ultrase MT Viokase			Pancreaze Zenpep		

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
<b>DIURETICS (Water Pills)</b>				
Maintenance	Acetazolamide Acetazolamide ER Amiloride/HCTZ Bumetanide Chlorothiazide Chlorothiazide/ HCTZ Chlorthalidone Furosemide Hydrochlorothiazide	Indapamide Metolazone Methyclothiazide <b>Spironolactone</b> Spironolactone/ HCTZ Torsemide Triamterene Triamterene/ HCTZ		Aldactazide Aldactone Amiloride Capozide Demadex Diamox Sequel Cap Diuril Suspension Diuril Tablet
<b>ECZEMA/PSORIASIS MEDICATIONS</b>				
Non-Maintenance	Anthrakin Calcipotriene Solution Selenium Sulfide	Dovonex Cream/Ointment Soriatan	Altabax Dithrocreme HP Dovonex Solution Drito-Scalp Taclonex	Tazorac Vectical
<b>ERECTILE DYSFUNCTION (Impotency) Coverage Depends On Benefit Design</b>				
Non-Maintenance	Alprostadil Yohimbine	<b>Viagra</b> Cialis	Caverject Edex	<b>Lевитра</b> Muse
<b>GASTROINTESTINAL (HEARTBURN, ULCERS) Coverage Depends On Benefit Design</b>				
Maintenance	Cimetidine Dicyclomine Famotidine Lansoprazole Misoprostol Nizatidine Omeprazole	Omeprazole/ Bicarbonate OTC Prilosec Pantoprazole Ranitidine Sucralfate	Nexium	Aciphex Axid Bentyl Carafate Cytotec Helidac
<b>GASTROINTESTINAL MISC PRODUCTS</b>				
Non-Maintenance	Cldinium Bromide Dicyclomine Glycopyrrolate Hyoscamine	<b>Metoclopramide</b> Propantheline Bromide Scopolamine	Pylera	Amitiza Bentyl Cantil Donnatal Levsin
<b>GOUT MEDICATIONS</b>				
Maintenance	Alllopurinol Colchicine/ Probenecid	Probenecid Sulfinpyrazone		Uloric Zyloprim
Non-Maintenance	Colchicine			Colcrys
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS</b>				
Maintenance	Benazepril Captopril Enalapril Fosinopril Lisinopril	Moexipril Perindopril Quinapril Ramipril Trandolapril		Accupril Acon Altace Capoten
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE INHIBITORS - DIURETIC</b>				
Maintenance	Benazepril/ HCTZ Captopril/HCTZ Enalapril/HCTZ	Fosinopril/HCTZ Lisinopril/HCTZ Moexipril/HCTZ Quinapril/HCTZ		Accuretic Capozide Lotensin HCT
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB)</b>				
Maintenance	Losartan	Diovan	Atacand Avapro	Benicar Cozaar
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST (ARB) + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>				
Maintenance		Exforge	Azor	Twynsta
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ARB + DIURETIC</b>				
Maintenance	Losartan/HCTZ	Diovan HCT	Atacand HCT Avalide	Benicar HCT Hyzaar
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</b>				
Maintenance	Amlodipine Cartia XT Diltia XT <b>Diltiazem</b> Felodipine Iradipine Nicardipine	Nifedipine ER Nimodipine Nisoldipine Nisoldipine ER <b>Verapamil</b> Verapamil ER	<b>Caduet</b>	Adalat Calan Cardene SR Cardizem Cardizem CD Cardizem LA Covera-HS
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: ACE-INHIBITOR + CALCIUM CHANNEL BLOCKER</b>				
Maintenance	Amlodipine/Benazepril Trandolapril/Verapamil		Lotrel Tarka	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS</b>				
Maintenance	Acetobutolol <b>Atenolol</b> Betaxolol Bisoprolol Carvedilol Labetalol	Metoprolol, XL <b>Nadolol</b> Pindolol <b>Propranolol, XL</b> Sotalol Timolol	Coreg CR	Betapace Bystolic <b>Coreg</b> Corgard Inderal Inderal LA
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: BETA-BLOCKERS + DIURETIC</b>				
Maintenance	Atenolol/ chlorthalidone Bisoprolol/ HCTZ	Metoprolol/ HCTZ Propranolol/ HCTZ		Lopressor HCT Tenoretic Ziac

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS		SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS	
<b>HIGH BLOOD PRESSURE: MISCELLANEOUS</b>						
Maintenance	<b>Clonidine</b> Clonidine/ Chlorthalidone Digoxin <b>Doxazosin</b> Eplerenone Guanabenz Guanfacine Hydralazine Hydralazine/ HCTZ Hydralazine/ HCTZ/Reserpine		Isoxsuprine Methylldopa/ HCTZ <b>Lanoxin</b> Tekturna Tekturna HCT Tekamlo Valtarna		<b>Bidil</b> Cardura Catapress Catapres-TTS Corzide Inspira Minipress Ranexa <b>Tenex</b> Tribenzor	
<b>HORMONES</b>						
Maintenance	<b>Estradiol</b> Estradiol/Norethindrone <b>Estropipate</b> <b>Medroxyprogesterone</b> Methyltestosterone		Alora Cenestin Combipatch Femhrt Gynodiol Prefest <b>Premarin</b>		<b>Premphase</b> Prempro Vivelle-Dot	
Non-Maintenance	Norethindrone		Prometrium		Aygestin	
<b>INFLAMMATORY BOWEL AGENTS</b>						
Maintenance	Sulfasalazine		Asacol		Amitiza Apriso Azulafidine Dipentum	
Non-Maintenance	Mesalamine		Canasa Entocort EC		Colazal Rowasa	
<b>INSULINS</b>						
Maintenance			Apidra Humalog Humulin Humulin 70/30 Humulin N		Humulin R Lantus Levemir	
Non-Maintenance	Belladonna Butalbital/ ASA/Caffeine Ergotamine Ergotamine/ Caffeine Ergotamine/ Phenobarbital Isometheptene Naratriptan		Pentobarbital Phenobarbital <b>Propranolol</b> Sumatriptan		Relpax Treximet	
					Axert Amerge Cafergot Cambia D.H.E. Ergomar Frova Imitrex Maxalt Maxalt-MLT	
<b>MIGRAINE MEDICATIONS Quantity Limitations May Apply</b>						
Non-Maintenance					Novolog Novolin 70/30 Novolin N Novolin R	
					Migranal Nasal Spray Phrenilin Sumavel Dosepro Zomig Zomig ZMT	
<b>MUSCLE RELAXANTS</b>						
Non-Maintenance	<b>Carisoprodol</b> Carisoprodol/ ASA Chlorzoxazone <b>Cycloben-</b> <b>zaprine</b> Dantrolene		Metaxalone Methocarbamol Methocarbamol/ ASA Orphenadrine Citrate		Amrix Dantrium Flexeril Norflex Parafon Forte	
Maintenance	Baclofen		Tizanidine		Lioresal	
<b>NARCOTIC ANALGESICS (PAIN RELIEVERS-SEDATING)</b>						
Non-Maintenance	Acetaminophen/Codeine Acetaminophen/Hydrocodone Acetaminophen/Oxycodone Aspirin/Oxycodone Codeine Fentanyl Hydrocodone Hydromorphone Ibuprofen/Hydrocodone Meperidine Methadone Morphine Oxycodone Oxymorphone Pentazocine <b>Promethazine</b> Propoxyphene <b>Tramadol</b> Tramadol/APAP Tramadol ER		Oxycontin		Actiq Avinza Capital And Codeine Combunox Demerol Dilaudid Duragesic Embeda Exalgo Fentora Fioricet Fiorinal Kadian Loracet Lortab Maxidone MS Contin Narcotic Analgesics Norco Nucynta Panlor SS	
					Percocet Percodan Onsolis Opana Opana ER Roxicodone Rybix ODT Ryvolt Synalgos Talacen Talwin Talwin NX Tylenol With Codeine Tylox Ultracet Ultram Vicodin Vicoprofen Zydone	
<b>NASAL PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Azelastine Flunisolide Ipratropium		Fluticasone		Rhinocort Aqua Veramyst	
					Astelin Astepro Atrovent NS Beconase AQ	
					Flonase Nasacort AQ NasoneX Patanase	
					Veramyst	

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS	THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS				
<b>NITRATES (FOR HEART/ANGINA)</b>							
Maintenance (except for sublingual and inhaled dosage forms)	Amyl Nitrite Dipyridamole Isosorbide Dinitrate Isosorbide Mononitrate Nitroglycerin Nitroquick	Ranexa	Dilatrate SR Imdur Ismo Isordil Monoket Nitrobid	Nitro-Dur Nitrolingual Nitrostat Sorbitrate Transderm-Nitro Patch			
<b>NON-NARCOTIC ANALGESICS (PAIN)</b>							
Non-Maintenance	Choline Magnesium Diflunisal Salsalate		Dolobid Equagesic Flexta DS	Zorprin			
<b>NON-SEDATING ANTIHISTAMINES Coverage Depends On Benefit Design</b>							
Non-Maintenance	Cetirizine Cetirizine D Fexofenadine Fexofenadine/pse Loratadine	Loratadine D OTC Generic Claritin OTC Generic Zyrtec		Allegra Allegra D Clarinex Clarinex D			
<b>NON-STEROIDAL ANTIINFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) AND ANTI-RHEUMATIC AGENTS</b>							
Non-Maintenance	Ibuprofen Suspension Indomethacin Suspension Ketorolac Methotrexate		Enbrel Humira Kineret Motrin Suspension	Naprosyn Suspension Pennsaid Toradol			
Maintenance	<b>Diclofenac</b> Etidolac Fenoprofen Flurbiprofen <b>Ibuprofen</b> Indomethacin Ketoprofen Leflunomide Meclofenamate	<b>Meloxicam</b> Mefenam Nabumetone <b>Naproxen</b> Piroxicam Oxaprozin Sulindac Tolmetin	Celebrex	Anaprox Anaprox DS Ansaid Arava Arthrotec Cataflam Clinoril Daypro Feldene Flector	Indocin <b>Mobic</b> Motrin Nalfon Naprelan Naprosyn Naprosyn EC Ponstel Ridaura Vimovo	Voltaren Voltaren XR Zipsor	
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - GLAUCOMA</b>							
Non-Maintenance	Apraclonidine Betaxolol Brimonidine Carteolol Dipivefrin Dorzolamide Dorzolamide/ Timolol Timolol Levobunolol	Pilocarpine Timolol	Azopt Betoptic S Xalatan	Alphagan Alphagan P Betagan Betimol Betoptic Cosopt Iopidine Isoptic Carbachol Isoptic	Carpine Istalol Lumigan Miochol-E Phospholine Pilopine HS Rev-Eyes Timoptic	Travatan Trusopt	
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - PAIN/INFLAMMATION</b>							
Non-Maintenance	Dexamethasone Diclofenac Fluorometholone Flurbiprofen Ketorolac Prednisolone Tetracaine Tobramycin/Dexamethasone		Alrex Flarex FML Forte FML S FML SOP	Lotemax Tobradex Oint.	Acular Acuvail Alcaine Alrex Blephamide Decadron Durezol Econopred Flarex FML Forte FML Liquifilm FML S	FML SOP Lotemax Maxidex Maxitol Nevanac OcuPen Poly-Pred Pontocaine Pred Forte Pred G Pred Mild Tobradex Susp.	Vexol Voltaren
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-INFECTIVES</b>							
Non-Maintenance	Bacitracin Ciprofloxacin Erythromycin Gentamicin Gramicidin Neomycin Ofloxacin	Polymyxin B Sulfacetamide Sod Tobramycin/ Dexamethasone Trifluridine Trimethoprim	Tobradex Oint.		AzaSite Besivance Betadine Bleph-10 Ciloxan Iquix Natacyn Neosporin Ocuflux Polysporin	Polytrim Quixin Sodium Sulamyd Tobradex Susp. Tobrex Vigamox Viropic Vitrasert	Zirgan Zylet Zymar Zymaxid
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - ANTI-ALLERGICS Coverage Depends On Benefit Design</b>							
Non-Maintenance	Azelastine Cromolyn Ketotifen OTC Generic Zaditor		Alamast Alocril Alomide		Bepreve Crolom Elestat Emadine	Optivar Pataday Patanol Zaditor	
<b>OPHTHALMIC PRODUCTS - MISCELLANEOUS</b>							
Non-Maintenance	Atropine Cyclopentolate Homatropine	Naphazoline Phenylephrine Tropicamide			Cyclogyl Cyclomydril Homatropine Isoptic Atropine	Isoptic Hyoscine Mydfrin Mydriacyl Restasis	
<b>OSTEOPOROSIS DRUGS</b>							
Maintenance	Alendronate Calcitonin	Actonel Boniva Monthly	Evista Forteo	Didronel Fortical Fosamax		Fosamax+D Miacalcin Spray Skelid	

The formulary is subject to change. Network pharmacies have the most up-to-date formulary information at the time your prescription claim is presented.

As generic products become available, their brand name medication will be moved to the third tier or non-preferred status.

The inclusion of a drug on this list does not imply coverage under all plans.

THERAPEUTIC CLASS	FIRST TIER GENERICS	SECOND TIER PREFERRED BRANDS		THIRD TIER NON-PREFERRED BRANDS		
<b>OTIC PRODUCTS (FOR THE EAR)</b>						
Non-Maintenance	Acetic Acid Antipyrine/ Benzocaine Hydrocortisone Neomycin Sulfate Ofloxacin Phenylephrine Hydrochloride Polymyxin B Sulfate Pramoxine Hydrochloride	Cerumenex Ciprorex Cipro HC Coly-Mycin-S	Cortisporin TC Cresylate Pramotic	Auralgan Cetraxal Cortane-B Cortisporin Oticin HC Vosol Vosol-HC		
<b>PARKINSON'S DRUGS</b>						
Maintenance	Benztropine Caberadoline <b>Carbidopa/ Levodopa</b>	Pramipexole <b>Rivastigmine</b> Ropinirole Trihexyphenidyl	Comtan Exelon Patches Requip XL Stalevo	Tasmar	Azilect Exelon Capsules Mirapex Mirapex ER	Neupro Requip Sinemet
Non-Maintenance	Amantadine Bromocriptine	Selegiline	Lodosyn	Cogentin Eldepryl	Parlodel	
<b>PROSTATE MEDICATIONS</b>						
Maintenance	Doxazosin Finasteride Prazosin	Tamsulosin Terazosin	Avodart Jalyn	Cardura Flomax	Minipress Proscar	Rapaflo Uroxatral
<b>SEDATIVE/HYPNOTICS AND ANXIETY DRUGS</b>						
Maintenance	Clonazepam					
Non-Maintenance	<b>Alprazolam</b> Alprazolam ODT Alprazolam XR <b>Buspiron</b> Chloral Hydrate Chlordiazepoxide Chlordiazepoxide/ Amitriptyline Clorazepate <b>Diazepam</b> Droperidol Estazolam	Flurazepam <b>Hydroxyzine</b> Lorazepam Meprobamate Oxazepam Phenobarbital Temazepam Triazolam Zaleplon Zolpidem Zolpidem ER		<b>Ambien</b> Ambien CR Ativan <b>Buspar</b> Butisol Sodium Dalmane Doral Edluar Halcion Librax	Librium Limbitrol Lunesta Nembutal Niravam Restoril Rozerem Seconal Silenor Sonata Tranxene	Valium Vistaril Xanax Xanax XR Zolpimist
<b>SMOKING DETERRENTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Bupropion			Chantix Nicotrol	Nicotrol Inhaler	Nicotrol NS Zyban
<b>STIMULANTS (AMPHETAMINES)</b>						
Maintenance	Amphetamine ER Dextmethylphenida- te Dextroamphetamine	Methyltin Methylphenidate	Provigil Strattera	Adderall Adderall XR Concerta Daytrana Desoxyn	Dexedrine Focalin Focalin XR Intuniv Metadate CD Nuvigil	Ritalin Ritalin LA Ritalin SR Vyvance Xyrem
<b>THYROID MEDICATIONS</b>						
Maintenance	Amphetamine Salt Combo Levothyroxine Liothyronine	Methimazole Propylthiouracil Unithroid	Levoxyl Synthroid	Armour Thyroid Bio-Throid	Cytomel Tapazole Thyrolar	Tirosint
<b>URINARY INCONTINENCE</b>						
Maintenance	Flavoxate Oxybutynin	Trospium	Detrol Detrol LA	Enablex Vesicare	Gelnique Ditropan XL Oxytrol Sanctura	Sanctura XR
Non-Maintenance	Bethanechol	Hyoscyamine			Cystospaz Toviaz	Urecholine
<b>VAGINAL PRODUCTS</b>						
Non-Maintenance	Metronidazole Miconazole Nitrate Nystatin Terconazole Urea (Carbamide)		AVC Cleocin Vaginal Crinone Estring Premarin	Amino-Cerv Endometrin Estrace Vaginal Femring Gynazole-1 Metrogel Vaginal Monistat Dual-Pak	Terazol 3 Terazol 7 Vagifem Vagistat-1	
<b>WEIGHT LOSS PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
Non-Maintenance	Benzphetamine Diethylpropion	Phendimetrazine Phentermine		Adipex-P Bontril Didrex	Fastin Ionamin Tenuate	Xenical
<b>SPECIALTY PHARMACY PRODUCTS Coverage Depends On Benefit Design</b>						
<i>Medication listed in italics and underlined are considered preferred.</i>  <i>Coverage of other agents depends on plan limitations.</i>	<b>CATEGORY</b> Acromegaly Anemia Chronic Granulomatous Disease Coagulation Therapy Growth Hormones Headaches Interferons HIV Multiple Sclerosis Miscellaneous Osteoporosis Parkinson's Precocious Puberty Psoriasis Rheumatoid Arthritis		<b>MEDICATION</b> Sandostatin Aranesp, Procrit, Epogen, Cyanocobalamin Actimmune Enoxaparin, Arixtra, Fragmin, Heparin, Innohep, Hemophilia products <i>Humatrope, Genotropin</i> Dihydroergotamine (DHE 45) Infergen, Intron A, Peg-Intron, Pegasys, Rebetron, Roferon A Fuzeon Avonex, Betaseron, Rebif, Copaxone, Extavia, Gilenya Neulasta, Neumega, Neupogen <i>Forteo</i> Apokyn Histrelin, Lupron <i>Humira</i> <i>Humira</i>			

## NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATIONS AND THEIR PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE

<b>NON-PREFERRED FORMULARY MEDICATION</b>	<b>PREFERRED FORMULARY ALTERNATIVE</b>
Abilify .....	Risperidone, Zyprexa, Seroquel
Accu-Check .....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Advicor.....	Iovastatin, simvastatin, pravastatin, Lipitor, Crestor
Allegra-D .....	Ioratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Amerge .....	Relpax, sumatriptan, naratriptan
Avalide .....	Diovan HCT, losartan/hctz
Avapro.....	Diovan, losartan
Bayer Contour.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Bayer Breeze .....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra
Benicar .....	Diovan, losartan
Clarinex.....	Ioratadine, fexofenadine, cetirizine
Clarinex D .....	Ioratadine D, cetirizine D, fexofenadine/pse
Enbrel.....	Humira
Foradil .....	Serevent
Frova.....	Relpax, sumatriptan
Lescol.....	Iovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor, Lipitor
Lescol XL .....	Iovastatin, simvastatin, pravastatin, Crestor, Lipitor
Lexapro .....	citalopram, paroxetine, fluoxetine, sertraline
Lumigan .....	Xalatan
Maxalt.....	sumatriptan, Relpax
Nasacort AQ .....	flunisolide, fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Nasonex.....	fluticasone, Rhinocort Aqua, Veramyst
Patanol.....	OTC Zaditor, ketotifen, azelastine
Plavix.....	Effient
Prevacid.....	OTC Prilosec, omeprazole, Nexium, Lansoprazole
One Touch Ultra.....	Freestyle Lite, FreeStyle Freedom Lite, Precision Xtra,
Vytorin.....	Iovastatin, simvastatin, pravastatin, Lipitor, Crestor

## PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS

This list contains the Preferred Brand Name Medications listed on the second tier of the formulary.

Actonel	Cortisporin TC	Gabitril	Pramotic
Actoplus-met	Coumadin	Geodon	Precision Xtra
Actos	Creon	Glyset	Prefest
Advair Diskus	Crestor	Gynodiol	Premarin
Aggrenox	Cresylate	Humalog	Premphase
Akne-Mycin	Crinone	Humulin	Prempro
Alamast	Crixivan	Humulin 70/30	Prezista
Alocril	Cymbalta	Humulin N	Prometrium
Alomide	Detrol	Humulin R	Provigil
Alora	Detrol LA	Intelence	Pulmicort
Alrex	Diastat	Invirase	Pylera
Apidra	Dilantin	Isentress	Qvar
Apтивус	Diovan	Jalyn	Ranexa
Aricept 23mg	Diovan HCT	Janumet	Relpax
Asacol	Dovonex Cream/Oint.	Januvia	Requip XL
Atripla	Duetact	Kaletra	Rescriptor
Atrovent HFA	Effient	Keppra XR	Reyataz
Avandamet	Emtriva	Ketek	Rhinocort Aqua
Avandaryl	Enablex	Lanoxin	Selzentry
Avandia	Entocort EC	Lantus	Serevent
AVC	Epivir	Levaquin	Seroquel
Avodart	Epivir HBV	Levemir	Seroquel XR
Azopt	Epzicom	Levoxyd	Simcor
Betoptic S	Estring	Lexiva	Singulair
Boniva Monthly	Evista	Lipitor	Soriatane
Caduet	Exelon Patches	Lodosyn	Spiriva
Canasa	Exforge	Loestrin FE 24	Stalevo
Celebrex	Exforge HCT	Lotemax	Strattera
Cenestin	Felbatol	Lovaza	Sustiva
Cerumenex	Femhrt	Lyrica	Symbicort
Cialis	Flarex	Metrogel Topical 1%	Symbiyax
Cipro HC	Flovent	Namenda	Synthroid
Ciprodex	FML Forte	Nexium	Tamiflu
Cleocin Vaginal	FML S	Niaspan	Tasmar
Coly-Mycin-S	FML SOP	Norvir	Tegretol
Combipatch	Forteo	Orap	Tegretol XR
Combivir	Freestyle Light	Ovcon 50	Tekamlo
Comtan	Freestyle Freedom Light	Oxycontin	Tekturna
Coreg CR	Furadantin	Plavix	Tekturna HCT
Cortisporin	Fuzeon	Pradaxa	Tikosyn

*continued on next page*

## **PREFERRED DRUG LIST MEDICATIONS – continued**

This list contains the Preferred Brand Name Medications listed on the second tier of the formulary.

Tobradex Oint.

Treximet

Tricor

Trilipix

Trizivir

Truvada

Ultrase MT

Valturna

Ventolin HFA

Veramyst

Vesicare

Viagra

Videx

Viokase

Viracept

Viramune

Vivelle - Dot

Xalatan

Ziagen

Zmax

Zovirax Cream/Oint.

Zyprexa

Zyprexa Zydis



PO Box 407  
Boys Town, NE 68010  
TF 800|546|5677

[www.pti-nps.com](http://www.pti-nps.com)